

La salut a Barcelona 2013



La salut a Barcelona 2013

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Cristina Iniesta i Blasco

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Conrad Casas i Segalà

Director de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Xavier Llebaria i Samper

Cap del Servei de Sistemes d'Informació Sanitària de l'Agència de Salut
Pública de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica
Disseny gràfic:
Estudi muto
Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredi Roig
Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Impressió:
Addenda

Dipòsit Legal:

Gener 2015

Paper offset ecològic certificat pel  **PEFC**

La salut a Barcelona 2013

Coordinació general de l'Informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes
Carme Borrell (ASPB).

El context socioeconòmic

Lucía Artazcoz (ASPB), Carme Beni (CSB), Carme Borrell (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Ferran Daban (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Júlia Duran (ASPB), Ana García (CSB), Josep Gómez (DRiC), Ana M. Novoa (ASPB), Montserrat Pallarès (DRiC), M. Isabel Pasarín (ASPB), Montse Puigdollers (CSB), Elvira Torné (CSB), Eladi Torres (IMSS), Esther Trincado (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Joan R. Villalbí (ASPB), Corinne Zara (CSB).

El context físic

Laura Caballé (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Anna Gómez (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Marc Rico (ASPB).

Els comportaments relacionats amb la salut

Carles Ariza (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Xavier Garcia-Continent (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Anna Pérez (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Elena Sanatamariña (ASPB).

La salut

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Sara Manzanares (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB).

Monogràfics

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de la obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

Francesca Sánchez (ASPB), Gemma Serral (ASPB), Carles Ariza (ASPB).

Pla d'Acció sobre Drogues a Barcelona 2013-2016

M. Teresa Brugal (ASPB), Anna M. Guitart (ASPB), Albert Espelt (ASPB).

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

Lucía Artazcoz (ASPB), Carles Ariza (ASPB), Montse Bartoli (ASPB), Núria Calzada (ASPB), Carme Cortina (ASPB), Ferran Daban (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Anna M. Guitart (APB), Olga Juárez (ASPB), Maria José López (ASPB), Maribel Pasarín (ASPB), Montse Petit (ASPB), Rosa Puigpinós (ASPB), Pilar Ramos (ASPB), Francesca Sánchez (ASPB).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona
CSB: Consorci Sanitari de Barcelona
IMSS: Institut Municipal de Serveis Socials
DRiC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona
CatSalut: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya

Índex: La salut a Barcelona 2013

Presentació	7
Resum executiu	8
Resumen ejecutivo	12
Executive Summary	16
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	20
 El context socioeconòmic	 23
Les condicions sociodemogràfiques	24
L'entorn familiar, domèstic i escolar	25
L'entorn econòmic i les condicions de vida	26
La pobresa alimentària i l'energètica.....	28
Les accions en salut pública.....	29
Els serveis sanitaris	31
 El context físic	 37
Les condicions de l'habitatge i del barri	38
La seguretat alimentària	39
La qualitat de l'aire	41
La qualitat de l'aigua.....	43
 Els comportaments relacionats amb la salut	 47
La mobilitat.....	48
L'alimentació saludable	49
 La salut	 51
L'esperança de vida i la mortalitat.....	52
Avaluació del Pla de Salut 2011-2015	53
Les malalties transmissibles	55
La infecció per VIH/sida.....	55
Les hepatitis víriques.....	56
Les infeccions de transmissió sexual	58
La tuberculosi	60
L'estat de salut percebut	62
L'obesitat i l'excés de pes	63
La salut sexual i reproductiva.....	63
La salut mental i les addiccions.....	65
La salut laboral.....	68
Les lesions per col·lisions de trànsit.....	70
 Monogràfics	 73
Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA).....	74
Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016	77
Intervencions de promoció de la salut a Barcelona	80



Presentació

7

Aquest informe anual presenta l'estat de salut i els comportaments en salut de la ciutadania de Barcelona en el marc dels determinants d'entorn socioeconòmic i d'entorn físic destacables durant l'any 2013.

Quant al context sociodemogràfic cal ressaltar que es manté la població, el percentatge d'immigrants i també la tendència creixent en el nombre de persones grans que viuen soles. El context socioeconòmic continua sent advers. Tot i que es parteix d'una bona situació en la població general, es constaten les diferències territorials en la distribució de la renda o en l'èxit escolar. Es manté la desocupació, però s'incrementa l'atur de llarga durada i la població sense prestació d'atur. L'entorn laboral pot haver contribuït a l'augment observat en els trastorns psicosocials d'origen laboral, tot i la disminució de les lesions greus i mortals. Pel que fa a les polítiques de suport a les famílies, s'ha prestat més atenció a la pobresa energètica i alimentària creixents.

Entre els resultats en salut cal destacar que l'any 2013 disminueix lleugerament l'esperança de vida i es constaten les desigualtats en mortalitat entre els barris. L'estat de salut autodeclarat es manté en els homes i millora en les dones, i es mantenen o milloren globalment altres indicadors de salut i hàbits saludables, com el consum de tabac i d'alcohol: les normatives sobre tabac i alcohol poden haver contribuït a aquesta millora. L'alcohol continua sent l'addicció més important quant a primeres visites als centres d'atenció sanitària a les drogodependències.

Continua la reducció en la incidència de la tuberculosi, tot i que cal mantenir els esforços en els grups de població de més risc. La infecció per VIH, tot i que disminueix, continua sent alta en grups que practiquen relacions sexuals de risc, i es confirma la importància d'una detecció precoç com en altres infeccions de transmissió sexual, que continuen estenent-se.

Quant a la qualitat de l'aire, milloren els nivells de partícules PM_{10} , $PM_{2,5}$ i NO_2 , tot i que se superen els nivells de NO_2 en zones de trànsit molt intens. L'anàlisi de l'aigua a les aixetes de la ciutadania en edificacions antigues té l'excés de plom com a primera incidència. Hi ha un nivell de seguretat alimentària en quasi la totalitat de les d'inspeccions. També es vol destacar, entre les accions en salut pública, la instauració d'un protocol sobre aliments al·lèrgens a les escoles.

Cadascuna de les qüestions que posa de manifest aquest informe anual són tractades específicament en documents tècnics que s'ofereixen al nostre espai web.

Cristina Iniesta i Blasco
Delegada de Salut de
l'Ajuntament de Barcelona
i Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona

Resum executiu

8

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants, la població de Barcelona el 2013 ha estat de 1.613.909 persones, 765.382 homes (47,4%) i 848.527 dones (52,6%). El nombre de persones nascudes a l'estranger es va mantenir relativament estable (22,2%). Va continuar la tendència creixent en el percentatge de persones grans que viuen soles, especialment aquelles de 85 anys i més. Pel que fa al nivell d'estudis, tot i que al conjunt de la ciutat el percentatge de persones amb estudis primaris o menys es continua reduint, existeix una distribució molt desigual d'aquest percentatge segons el districte de la ciutat (fluctua entre el 10% i el 40%).

L'entorn familiar, domèstic i escolar

El percentatge d'estudiants de secundària de Barcelona relacionats amb l'assetjament escolar disminueix amb l'edat i és superior entre els nois que entre les noies. El percentatge de nois que diuen ser-ne víctimes és del 10,8% a segon d'educació secundària obligatòria (ESO), del 3,6% a quart d'ESO i del 2,6% a segon de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà. Entre les noies, aquests percentatges són lleugerament inferiors a segon i quart d'ESO (9,6% i 3,5%, respectivament) i lleugerament superiors a segon de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà (3,2%).

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Tot i que l'atur ha disminuït en els homes, també ho ha fet de manera molt destacada la taxa d'activitat laboral. En les dones, en canvi, ha augmentat l'atur i pràcticament no s'ha modificat la taxa d'activitat. S'ha incrementat la proporció de persones aturades de llarga durada, sobretot dones i persones més grans. El percentatge de persones aturades que cobren alguna prestació o subsidi d'atur ha disminuït. Pel que fa a la distribució de la renda familiar disponible per càpita, l'any 2012 van continuar existint importants diferències entre districtes i entre barris. Pel que fa a l'educació, es van detectar 1.103 casos (0,6%) d'absentisme escolar, amb diferències segons el districte.

La pobresa alimentària i l'energètica

La pobresa alimentària i l'energètica constitueixen dues de les múltiples vies per les quals la crisi econòmica, a través de l'atur, està afectant el benestar de la ciutadania. L'Ajuntament de Barcelona ha reforçat en els darrers anys els ajuts econòmics d'inclusió per pal·liar-ne els efectes. L'any 2013 s'han atorgat 3.980 ajuts econòmics d'alimentació (un 36,1% més que el 2012) i s'han concedit 3.117 ajuts per pagar subministraments d'aigua, gas i electricitat (un 102,5% més que l'any anterior).

Les accions en salut pública

Programa Vigilància d'al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries als menjadors escolars de Barcelona

Durant el 2013 es va integrar el nou programa Vigilància d'al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries als menjadors escolars de Barcelona (VAIAME) en el sistema de control oficial dels menjadors escolars, per fer disminuir els perills associats als al·lèrgens alimentaris, i se'n va avaluar la gestió a través dels principis i la metodologia del Sistema d'Anàlisi de Perills i Punts de Control Crític establert. El programa va incloure una intervenció efectuada pels serveis d'inspecció sanitària i dirigida als 773 menjadors escolars de la ciutat, per promoure un pla de control d'al·lèrgens, que implicava els gestors de les cuines i/o dels serveis de menjador i les direccions dels centres educatius.

Programa «Baixem al Carrer»

El Programa «Salut als Barris» es desenvolupa en zones desfavorides de Barcelona per tal de millorar l'equitat en salut. Un dels problemes prioritzats per la comunitat en aquests barris ha estat l'aïllament de persones grans a causa de la manca d'ascensor en els edificis o d'altres barreres arquitectòniques. Per aquest motiu, es va desenvolupar el programa «Baixem al Carrer», que facilita una sortida quinzenal amb una cadira-eruga motoritzada a persones que viuen en aquestes condicions. Davant dels bons resultats de la intervenció en termes de satisfacció, disminució de malestar psicològic i millora de l'estat de salut, la seva prestació s'ha estès a altres zones i s'ha consolidat.

Regulacions sobre tabac i alcohol

Diverses anàlisis sistemàtiques han demostrat que les accions poblacionals de prevenció tenen el màxim potencial preventiu. Les normes sobre la promoció, venda i consum de tabac o alcohol s'han de contemplar amb aquesta òptica. En el cas de l'alcohol, cal destacar l'esforç realitzat els darrers anys pels serveis municipals per reforçar-ne el compliment, amb l'impuls del Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona. Aquest treball intenta modificar les percepcions socials envers l'alcohol per revertir la banalització del seu consum. La regulació es configura com una eina educadora formidable i els serveis de salut pública hi han contribuït: afavorint-ne l'aprovació, informant de la seva vigència, gestionant denúncies, inspeccionant establiments o gestionant expedients sancionadors.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

S'ha donat cobertura al 67,8% del total de la població assignada (63,1% homes i 72,1% dones). Amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família per persona i any, 3,7 visites de pediatria i 1,6 visites de professionals d'infermeria. Aquesta tendència es manté respecte d'anys anteriors.

L'atenció a les urgències

A Barcelona, s'han dissenyat mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada. La màxima freqüentació d'urgències és en persones majors de 64 anys, seguides de la població pediàtrica i dels adults. Un 13% de les urgències requereixen ingrés hospitalari, que arriba fins al 24% en persones majors de 64 anys.

L'atenció especialitzada hospitalària

Les causes d'hospitalització més freqüents de la població de Barcelona continuen sent les malalties de l'aparell circulatori i les del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, tot i que en les dones cal destacar els ingressos per causa obstètrica, que ocupen el tercer lloc. El 55% dels contactes són per realitzar procediments quirúrgics, i la meitat són intervinguts per cirurgia major ambulatoria, una disciplina creixent i que confereix major qualitat al pacient i millora l'eficiència del procediment.

Els serveis socials

Es consolida el procés d'adaptació de la xarxa sociosanitària per donar resposta a les necessitats de la ciutadania i del sistema de salut. Concretament, s'ha desenvolupat una nova línia de servei, l'atenció subaguda, una atenció centrada en el pacient i que va més enllà de la gestió de la malaltia. Les persones ateses generalment són persones grans fràgils, amb malaltia crònica evolucionada que acostuma a cursar amb risc de davallada funcional i que requereix hospitalització.

La prestació farmacèutica

En l'àmbit de l'atenció primària s'ha obtingut un valor del 93,1% en recepta electrònica. L'Àrea Integral de Salut Nord és el territori que presenta

valors més alts, excepte en la línia assistencial de Salut mental i Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, en què l'Àrea Integral de Salut Litoral obté els valors més alts. La prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2012 ha disminuït un 7,2% en receptes i ha tingut un decrement del 9,3% en import. Respecte als medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria, els dos grups que més han incrementat en import són els medicaments per a l'hepatitis B (117,1%) i per a l'hepatitis C (66,4%).

El context físic

Les condicions d'habitatge i del barri

Segons les dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, a finals del 2013 hi havia 10.311 habitatges de protecció oficial i 28.584 sol·licituds d'habitatges de protecció oficial, la majoria (62,9%) amb ingressos familiars de menys de 15.000 € anuals. Per donar resposta a la dificultat d'accés a un habitatge es va iniciar el procés d'adjudicació de 396 habitatges de protecció oficial (59,6% de lloguer i 40,4% en dret de superfície). També es van adjudicar 213 habitatges per a emergències socials (persones amb data de llançament per impagament d'hipoteca o lloguer), i es van concedir 4.892 ajudes al pagament del lloguer.

La seguretat alimentària

S'han realitzat 5.618 inspeccions a establiments alimentaris. S'observa conformitat amb la normativa vigent en més del 90% de les inspeccions a tots els sectors i per als diferents aspectes controlats. Quan s'han detectat deficiències en les inspeccions s'han adoptat diferents tipus de mesures correctores, coercitives i cautelars, entre les que destaquen els 10 tancaments cautelars efectuats.

La qualitat de l'aire

S'ha produït una millora global dels nivells de qualitat de l'aire, especialment significativa per als contaminants NO₂ i les partícules (PM₁₀ i PM_{2,5}). Dels diferents valors límit o objectiu establerts al RD 102/2011 per a 12 contaminants atmosfèrics, només s'ha superat el valor límit de la mitjana anual d'NO₂ (40 µg/m³) a les estacions de trànsit molt intens de l'Eixample i Gràcia – Sant Gervasi (2 estacions de les 7 on es mesura l'NO₂ a la ciutat).

La qualitat de l'aigua

S'han recollit mostres a 242 aixetes domiciliàries dins de 175 edificis, tant en habitatges particulars com a resposta a sol·licituds (52% controls) com en actuacions d'ofici en escoles i centres educatius (47%) i altres edificis públics (1%). La incidència més freqüent és l'excés de plom a l'aigua que s'ha trobat en el 7% dels edificis mostrejats i en què l'ASPB ha requerit l'adopció de mesures correctores per eliminar aquest incompliment. En cap de les escoles ni centres educatius no s'ha trobat cap incidència i tots els requeriments emesos han estat dirigits a titulars d'edificis privats on encara existeixen canonades de plom i/o dipòsits interns de distribució.

Resum executiu

10

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'ús que les persones majors de 15 anys residents a Barcelona fan dels diferents modes de transport en dia feiner ha variat al llarg dels anys. En homes i dones, del 2009 al 2011 ha augmentat l'ús del caminar com a mode de transport i ha disminuït l'ús del transport públic i del turisme. L'ús de la motocicleta o el ciclomotor s'ha reduït lleugerament en homes però en canvi ha augmentat en dones. Per contra, l'ús de la bicicleta ha augmentat en homes i s'ha mantingut en dones.

L'alimentació saludable

L'hàbit d'esmorzar abans de sortir de casa decreix en ambdós sexes a mesura que avança l'escolaritat. En concret, entre els nois esmorza a casa un 70,9% de segon d'ESO, un 65,6% de quart d'ESO i un 59,8% de segon de batxillerat enfront del 61,2%, el 51,3% i el 51,9%, respectivament, de les noies. D'altra banda, entre el 50% i el 60%, sense diferències significatives per sexe ni per cursos, declara que esmorza a mig matí. Aquestes dades són similars a les obtingudes el 2008.

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

L'esperança de vida se situa, amb una lleugera disminució respecte a l'any anterior, en 79,9 anys en homes i 85,7 anys en dones però amb desigualtats territorials. En general, els districtes de Ciutat Vella i Nou Barris presentaven els valors més baixos i, al contrari, Les Corts va registrar els valors més alts. Però també hi ha desigualtats importants entre els barris, de manera que els barris de Can Peguera i Torre Baró (a Nou Barris), la Marina del Prat Vermell (a Sants-Montjuïc) i el Baró de Viver (a Sant Andreu) van registrar els valors d'esperança de vida més baixos. Els valors més alts van ser els de les Tres Torres (a Sarrià – Sant Gervasi), Pedralbes i la Maternitat i Sant Ramon (a Les Corts), i la Vila Olímpica del Poblenou (a Sant Martí).

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

Pel que fa a l'evolució de quatre dels objectius de reducció de la mortalitat del Pla de Salut 2011-2015, les, darreres, dades disponibles de l'any 2012, mostren un canvi en la tendència decreixent de la mortalitat en tres dels tipus de mortalitat analitzats: mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, de l'aparell respiratori i trastorns mentals, mentre que disminueix la mortalitat per tumors. Caldrà continuar fent el seguiment d'aquests indicadors.

Les malalties transmissibles

La infecció per VIH/sida

La incidència del VIH continua sent alta en homes amb relacions homosexuals. El 2013 es va diagnosticar per primera vegada la infecció pel VIH a 378 persones, cosa que suposa una taxa d'infecció de 23,4 casos/100.000 habitants i representa un descens del 8,2% respecte a l'any 2012. Cal continuar reforçant els programes de prevenció. Amb relació a la sida, se n'han detectat 58 nous casos, cosa que representa una taxa de 3,6 casos/100.000 habitants i una disminució del 31% respecte al 2012.

Les hepatitis víriques

La incidència de l'hepatitis A ha disminuït un 12,2% respecte a l'any anterior, i el grup d'edat amb menys nombre de casos ha estat el dels adolescents i adults joves, probablement per l'efecte vacunal. La incidència de l'hepatitis B ha augmentat un 5,7% respecte a l'any anterior, i el grup d'edat més afectat ha estat el de les persones majors de 33 anys, probablement a causa de l'efecte vacunal entre els més joves. Quant a l'hepatitis C, la incidència ha augmentat un 45,4% respecte a l'any anterior; el grup on més casos hi ha hagut és el dels homes d'entre 25 i 54 anys. Aquest augment es pot explicar per l'increment de les infeccions d'hepatitis C entre homes que tenen relacions sexuals amb homes, fenomen associat a pràctiques sexuals de risc.

Les infeccions de transmissió sexual

Les infeccions de transmissió sexual continuen augmentant i afecten en major proporció els homes que tenen relacions sexuals amb homes i els joves. S'han detectat 457 casos de sífilis, 533 de gonocòccia, i 50 de limfogranuloma veneri. La prevenció i el control d'aquestes infeccions requereix una resposta coordinada des de l'assistència, amb major implicació dels serveis de salut pública, de l'àmbit institucional i de la iniciativa social.

La tuberculosi

Durant l'any 2013 s'han detectat 329 casos de tuberculosi en persones residents a la ciutat, 188 homes i 141 dones. La incidència ha disminuït un 4% respecte a l'any anterior. La malaltia és més freqüent als barris

amb renda més baixa, sobretot a Ciutat Vella i en població immigrant.

L'estat de salut percebut

L'evolució de l'estat de salut autopercebut dels darrers tres anys mostra que les dones presenten un major percentatge de mala salut autodeclarada que els homes, però amb tendències diferents. En els homes el percentatge es manté pels volts del 15% amb una lleugera millora el 2012, mentre que en les dones s'observa una millora sostinguda ja que es passa del 28,9% el 2011 al 22,7% el 2013. Tanmateix existeixen diferències en l'estat de salut percebut segons el nivell educatiu.

L'obesitat i l'excés de pes

L'excés de pes (suma de sobrepès i obesitat) ha anat augmentant en l'edat infantil en els darrers anys i habitualment tendeix a decreixer progressivament a partir de l'adolescència. L'excés de pes disminueix progressivament a mesura que avança l'escolaritat en ambdós sexes. Els valors d'excés de pes són superiors en els nois que en les noies; oscil·len entre el 22 i el 39% en els nois i entre el 15 i el 25% en les noies, segons l'edat.

La salut sexual i reproductiva

S'han produït 13.972 naixements en dones de 15 a 49 anys. Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la taxa de fecunditat se situa en 36,2 per 1.000 dones i es manté com a tendència estable els darrers cinc anys. En les dones de 15 a 19 anys, la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs es de 17,2 per 1.000 dones, i es manté sense gran variacions els darrers quatre anys, mentre que la fecunditat en aquestes dones mostra un lleuger descens des de l'any 2009.

La salut mental i les addiccions

L'activitat realitzada per millorar l'atenció a la salut mental ha augmentat en termes generals, tant en la població adulta com en la infantil i juvenil. La cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària es va consolidant

progressivament. S'ha atès 37.894 persones als centres de salut mental d'adults, i 8.071 als centres de salut mental infantil i juvenil. En el desenvolupament del Pla de Salut de Catalunya, s'ha treballat en les quatre àrees integrals de salut, en l'aprofundiment de les línies d'actuació següents, d'entre altres: els pactes territorials per a la millora de l'accessibilitat i la resolució, la detecció precoç de problemes de salut mental i en especial, l'abordatge de la psicosis incipient així com la depressió, i l'abordatge en el programa de prevenció del risc de suïcidi.

L'alcohol segueix sent la substància per la qual es demanen més inicis de tractament en els centres de titularitat municipal de Barcelona. La segona substància per la qual es demana tractament és la cocaïna, seguida pel cànnabis, l'heroïna i altres opiacis. Aquesta distribució és la mateixa que s'ha constatat els darrers anys. Si tenim en compte la xifra de persones que es tracten als centres segons la substància, les dues primeres són l'alcohol (40%) i l'heroïna i altres opiacis (25%).

Enguany des dels equips d'atenció primària s'han notificat 310 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Els factors de risc més freqüents han estat la manca de suport dels superiors (31,6% dels casos), seguits de la manca d'autonomia (20,3%) i l'assetjament psicològic (20,0%).

La salut laboral

Han augmentat tots els trastorns de salut laboral, mentre que les lesions greus i mortals per accident de treball han disminuït, seguint la tendència dels darrers anys. Un dels resultats que destaquen és l'augment de la incidència de malalties professionals, que ha passat de 79,5 a 94,9 (taxa per 100.000 persones afiliades, el 2012 i el 2013, respectivament). Aquests resultats suggereixen un empitjorament de les condicions de treball, cosa que ja s'apuntava l'any 2012 en alguns dels Indicadors.

Les lesions per col·lisions de trànsit

S'han produït 8.596 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 10.352 persones lesionades i 22 mortes (la majoria homes) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Respecte a l'any anterior, s'ha observat un petit augment del 3,3% en el nombre de persones lesionades i una reducció del 26,7% en el nombre de persones mortes.

Resumen ejecutivo

12

El contexto socioeconómico

Las condiciones sociodemográficas

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes, la población de Barcelona en 2013 fue de 1.613.909 personas, 765.382 hombres (47,4%) y 848.527 mujeres (52,6%). El número de personas nacidas en el extranjero se mantuvo relativamente estable (22,2%). Prosiguió la tendencia creciente en el porcentaje de personas mayores que viven solas, especialmente aquellas de 85 años y más. En cuanto al nivel de estudios, aunque en el conjunto de la ciudad el porcentaje de personas con estudios primarios o menos sigue reduciéndose, existe una distribución muy desigual de este porcentaje según el distrito de la ciudad (fluctúa entre el 10 % y el 40%).

El entorno familiar, doméstico y escolar

El porcentaje de estudiantes de secundaria de Barcelona relacionados con el acoso escolar disminuye con la edad y es superior entre los chicos que entre las chicas. El porcentaje de chicos que dicen ser víctimas es del 10,8% en segundo de educación secundaria obligatoria (ESO), del 3,6% en cuarto de ESO y del 2,6% en segundo de bachillerato y ciclos formativos de grado medio. Entre las chicas, estos porcentajes son ligeramente inferiores en segundo y cuarto de ESO (9,6% y 3,5%, respectivamente) y ligeramente superiores en segundo de bachillerato y ciclos formativos de grado medio (3,2%).

El entorno económico y las condiciones de vida

Aunque el paro ha disminuido en los hombres, también lo ha hecho de forma muy destacada la tasa de actividad laboral. En las mujeres, en cambio, el paro ha aumentado y prácticamente no se ha modificado la tasa de actividad. Se ha incrementado la proporción de personas paradas de larga duración, sobre todo mujeres y personas más mayores. El porcentaje de personas paradas que cobran alguna prestación o subsidio de desempleo ha disminuido. En cuanto a la distribución de la renta familiar disponible per cápita, en 2012 siguieron existiendo diferencias importantes entre distritos y entre barrios. En cuanto a la educación, se detectaron 1.103 casos (0,6%) de absentismo escolar, con diferencias según el distrito.

La pobreza alimentaria y la energética

La pobreza alimentaria y la energética constituyen dos de las múltiples vías por las que la crisis económica, a través del paro, está afectando el bienestar de la ciudadanía. El Ayuntamiento de Barcelona ha reforzado en los últimos años las ayudas económicas de inclusión para paliar sus efectos. En el año 2013 se han otorgado 3.980 ayudas económicas de alimentación (un 81,5% más que en 2012) y se han concedido 3.117 ayudas para pagar suministros de agua, gas y electricidad (un 102,5% más que el año anterior).

Las acciones en salud pública

Programa Vigilancia de alergias y/o intolerancias alimentarias en los comedores escolares de Barcelona

Durante el 2013 se integró el nuevo programa Vigilancia de alergias y/o intolerancias alimentarias en los comedores escolares de Barcelona (VAIAME) en el sistema de control oficial de los comedores escolares, para reducir los peligros asociados a los alérgenos alimentarios, y se evaluó su gestión a través de los principios y la metodología del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico establecido. El programa incluyó una intervención efectuada por los servicios de inspección sanitaria y dirigida a los 773 comedores escolares de la ciudad, para promover un plan de control de alérgenos, que implicaba a los gestores de las cocinas y/o de los servicios de comedor y las direcciones de los centros educativos.

Programa «Baixem al Carrer»

El Programa «Salut als Barris» se desarrolla en zonas desfavorecidas de Barcelona para mejorar la equidad en salud. Uno de los problemas priorizados por la comunidad en estos barrios ha sido el aislamiento de personas mayores debido a la falta de ascensor en los edificios o de otras barreras arquitectónicas. Por este motivo, se desarrolló el programa «Baixem al Carrer», que facilita una salida quincenal con una silla-oruga motorizada a personas que viven en estas condiciones. Ante los buenos resultados de la intervención en términos de satisfacción, disminución de malestar psicológico y mejora del estado de salud, su prestación se ha extendido a otras zonas y se ha consolidado.

Regulaciones sobre tabaco y alcohol

Varios análisis sistemáticos han demostrado que las acciones poblacionales de prevención tienen el máximo potencial preventivo. Las normas sobre la promoción, la venta y el consumo de tabaco o alcohol deben contemplarse con esta óptica. En el caso del alcohol, hay que destacar el esfuerzo realizado en los últimos años por los servicios municipales para reforzar su cumplimiento, con el impulso del Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona. Este trabajo intenta modificar las percepciones sociales hacia el alcohol para revertir la banalización de su consumo. La regulación se configura como una herramienta educadora formidable y los servicios de salud pública han contribuido a ello: favoreciendo su aprobación, informando de su vigencia, gestionando

denuncias, inspeccionando establecimientos o gestionando expedientes sancionadores.

Los servicios sanitarios

La atención primaria de salud

Se ha dado cobertura al 67,8% de del total de la población asignada (63,1% hombres y 72,1% mujeres). Con una media de 3,4 visitas de médico de familia por persona y año, 3,7 visitas de pediatría y 1,6 visitas de profesionales de enfermería. Esta tendencia se mantiene respecto a años anteriores.

La atención a las urgencias

En Barcelona, se han diseñado mecanismos para clasificar la demanda y establecer circuitos para dirigir las urgencias al recurso más adecuado según la necesidad asistencial de la persona afectada. La máxima frecuentación de urgencias es en personas mayores de 64 años, seguidas de la población pediátrica y los adultos. Un 13% de las urgencias requiere ingreso hospitalario, que llega hasta el 24% en personas mayores de 64 años.

La atención especializada hospitalaria

Las causas de hospitalización más frecuentes de la población de Barcelona siguen siendo las enfermedades del aparato circulatorio y las del sistema nervioso y los órganos de los sentidos, aunque en las mujeres hay que destacar los ingresos por causa obstétrica, que ocupan el tercer lugar. El 55% de los contactos son para realizar procedimientos quirúrgicos, y la mitad son intervenidos por cirugía mayor ambulatoria, una disciplina creciente y que confiere mayor calidad al paciente y mejora la eficiencia del procedimiento.

Los servicios sociales

Se consolida el proceso de adaptación de la red sociosanitaria para dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía y del sistema de salud. Concretamente, se ha desarrollado una nueva línea de servicio, la atención subaguda, una atención centrada en el paciente y que va más allá de la gestión de la enfermedad. Las personas atendidas generalmente son personas mayores frágiles, con enfermedad crónica evolucionada que suele cursar con riesgo de descenso funcional y que requiere hospitalización.

La prestación farmacéutica

En el ámbito de la atención primaria se ha obtenido un valor del 93,1% en receta electrónica. El Área Integral de Salud Norte es el territorio que presenta valores más altos, excepto en la línea asistencial de Salud Mental y Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en que el Área Integral de Salud Litoral obtiene los valores más altos. La prescripción de recetas médicas del CatSalut respecto al año 2012 ha disminuido un 7,2% en recetas y ha tenido un decremento del 9,3% en importe. En cuanto a los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria, los dos grupos que más han incrementado en importe son los medicamentos para la hepatitis B (117,1%) y para la hepatitis C (66,4%).

El contexto físico

Las condiciones de vivienda y del barrio

Según los datos del Consorcio de Vivienda de Barcelona, a finales de 2013 había 10.311 viviendas de protección oficial y 28.584 solicitudes de viviendas de protección oficial, la mayoría (62,9%) con ingresos familiares de menos de 15.000 euros anuales. Para dar respuesta a la dificultad de acceso a una vivienda se inició el proceso de adjudicación de 396 viviendas de protección oficial (59,6% de alquiler y 40,4% en derecho de superficie). También se adjudicaron 213 viviendas para emergencias sociales (personas con fecha de lanzamiento por impago de hipoteca o alquiler), y se concedieron 4.892 ayudas al pago del alquiler.

La seguridad alimentaria

Se han realizado 5.618 inspecciones a establecimientos alimentarios. Se observa conformidad con la normativa vigente en más del 90% de las inspecciones en todos los sectores y para los diferentes aspectos controlados. Cuando se han detectado deficiencias en las inspecciones se han adoptado diferentes tipos de medidas correctoras, coercitivas y cautelares, entre las que destacan los 10 cierres cautelares efectuados.

La calidad del aire

Se ha producido una mejora global de los niveles de calidad del aire, especialmente significativa para los contaminantes NO₂ y las partículas (PM₁₀ y PM_{2,5}). De los diferentes valores límite u objetivo establecidos en el RD 102/2011 para 12 contaminantes atmosféricos, sólo se ha superado el valor límite de la media anual de NO₂ (40 µg/m³) en las estaciones de tráfico muy intenso del Eixample y Gràcia – Sant Gervasi (2 estaciones de las 7 donde se mide el NO₂ en la ciudad).

La calidad del agua

Se han recogido muestras en 242 grifos domiciliarios dentro de 175 edificios, tanto en viviendas particulares como respuesta a solicitudes (52% controles) como en actuaciones de oficio en escuelas y centros educativos (47%) y otros edificios públicos (1%). La incidencia más frecuente es el exceso de plomo en el agua, que se ha encontrado en

Resumen ejecutivo

14

el 7% de los edificios muestreados, y cuyo caso la ASPB ha requerido la adopción de medidas correctoras para eliminar este incumplimiento. No se ha encontrado ninguna incidencia en ninguna de las escuelas ni centros educativos y todos los requerimientos emitidos han sido dirigidos a titulares de edificios privados donde todavía existen tuberías de plomo y/o depósitos internos de distribución.

Los comportamientos relacionados con la salud

La movilidad

El uso que hacen las personas mayores de 15 años residentes en Barcelona de los diferentes modos de transporte en día laborable ha variado a lo largo de los años. En hombres y mujeres, de 2009 a 2011 ha aumentado el andar como modo de transporte y ha disminuido el uso del transporte público y del turismo. El uso de la motocicleta o el ciclomotor se ha reducido ligeramente en hombres pero en cambio ha aumentado en mujeres. Por el contrario, el uso de la bicicleta ha aumentado en hombres y se ha mantenido en mujeres.

La alimentación saludable

El hábito de desayunar antes de salir de casa decrece en ambos sexos a medida que avanza la escolaridad. En concreto, entre los chicos desayuna en casa un 70,9% de segundo de ESO, un 65,6% de cuarto de ESO y un 59,8% de segundo de bachillerato frente al 61,2%, el 51,3% y el 51,9%, respectivamente, de las chicas. Por otra parte, entre el 50% y el 60%, sin diferencias significativas por sexo ni por cursos, declara que desayuna a media mañana. Estos datos son similares a los obtenidos en 2008.

La salud

La esperanza de vida y la mortalidad

La esperanza de vida se sitúa, con una ligera disminución respecto al año anterior, en 79,9 años en hombres y 85,7 años en mujeres pero con desigualdades territoriales. En general, los distritos de Ciutat Vella y Nou Barris presentaban los valores más bajos y, por el contrario, Les Corts registró los valores más altos. Pero también hay

desigualdades importantes entre los barrios, de forma que los barrios de Can Peguera y Torre Baró (en Nou Barris), la Marina del Prat Vermell (Sants-Montjuïc) y Baró de Viver (Sant Andreu) registraron los valores de esperanza de vida más bajos. Los valores más altos fueron los de las Tres Torres (Sarrià – Sant Gervasi), Pedralbes y la Maternitat i Sant Ramon (en Les Corts), y la Vila Olímpica del Poblenou (Sant Martí).

Evaluación del Plan de Salud 2011-2015

En cuanto a la evolución de cuatro de los objetivos de reducción de la mortalidad del Plan de Salud 2011-2015, los últimos datos disponibles, del año 2012, muestran un cambio en la tendencia decreciente de la mortalidad en tres de los tipos de mortalidad analizados: mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, del aparato respiratorio y trastornos mentales, mientras que disminuye la mortalidad por tumores. Habrá que seguir haciendo el seguimiento de estos indicadores.

Las enfermedades transmisibles

La infección por VIH/sida

La incidencia del VIH sigue siendo alta en hombres con relaciones homosexuales. En 2013 se diagnosticó por primera vez la infección por el VIH a 378 personas, lo que supone una tasa de infección de 23,4 casos/100.000 habitantes y representa un descenso del 8,2% respecto al año 2012. Hay que seguir reforzando los programas de prevención. En relación con el sida, se han detectado 58 nuevos casos, lo que representa una tasa de 3,6 casos/100.000 habitantes y una disminución del 31% respecto a 2012.

Las hepatitis víricas

La incidencia de la hepatitis A ha disminuido un 12,2% respecto al año anterior, y el grupo de edad con menor número de casos ha sido el de los adolescentes y adultos jóvenes, probablemente por el efecto vacunal. La incidencia de la hepatitis B ha aumentado un 5,7% respecto al año anterior, y el grupo de edad más afectado ha sido el de las personas mayores de 33 años, probablemente debido al efecto vacunal entre los más jóvenes. En cuanto a la hepatitis C, la incidencia ha aumentado un 45,4% respecto al año anterior; el grupo donde más casos ha habido es el de los hombres de entre 25 y 54 años. Este aumento se puede explicar por el incremento de las infecciones de hepatitis C entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, fenómeno asociado a prácticas sexuales de riesgo.

Las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual siguen aumentando y afectan en mayor proporción a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a los jóvenes. Se han detectado 457 casos de sífilis, 533 de gonococia, y 50 de linfogranuloma venéreo. La prevención y el control de estas infecciones requiere una respuesta coordinada desde la asistencia, con mayor implicación de los servicios de salud pública, del ámbito institucional y de la iniciativa social.

La tuberculosis

Durante el año 2013 se han detectado 329 casos de tuberculosis en personas residentes en la ciudad, 188 hombres y 141 mujeres. La incidencia ha disminuido un 4% respecto al año anterior. La enfermedad es más frecuente en los barrios con renta más baja, sobre todo en Ciutat Vella y en población inmigrante.

El estado de salud percibido

La evolución del estado de salud autopercebido de los últimos tres años muestra que las mujeres presentan un mayor porcentaje de mala salud autodeclarada que los hombres, pero con tendencias diferentes. En los hombres el porcentaje se mantiene alrededor del 15% con una ligera mejora en 2012, mientras que en las mujeres se observa una mejora sostenida ya que se pasa del 28,9% en 2011 al 22,7% en 2013. Sin embargo existen diferencias en el estado de salud percibido según el nivel educativo.

La obesidad y el sobrepeso

El exceso de peso (suma de sobrepeso y obesidad) ha ido aumentando en la edad infantil en los últimos años y habitualmente tiende a decrecer progresivamente a partir de la adolescencia. El exceso de peso disminuye progresivamente a medida que avanza la escolaridad en ambos sexos. Los valores de exceso de peso son superiores en los chicos que en las chicas; oscilan entre el 22 y el 39% en los chicos y entre el 15 y el 25% en las chicas, según la edad.

La salud sexual y reproductiva

Se han producido 13.972 nacimientos en mujeres de 15 a 49 años. Desde la bajada que se produjo en el año 2009, la tasa de fecundidad se sitúa en 36,2 por 1.000 mujeres y se mantiene como tendencia estable en los últimos cinco años. En las mujeres de 15 a 19 años, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo es de 17,2 por 1.000 mujeres, y se ha mantenido sin grandes variaciones en los últimos cuatro años, mientras que la fecundidad en estas mujeres muestra un ligero descenso desde el año 2009.

La salud mental y las adicciones

La actividad realizada para mejorar la atención a la salud mental ha aumentado en términos generales, tanto en la población adulta como en la infantil y juvenil. La cartera de servicios de salud mental en la atención primaria se va consolidando progresivamente. Se ha atendido a 37.894 personas en los centros de salud mental de adultos, y 8.071 en los centros de salud mental infantil y juvenil. En el desarrollo del Plan de Salud de Cataluña, se ha trabajado en las cuatro áreas integrales de salud, en la profundización de las líneas de actuación, entre otras en: los pactos territoriales para la mejora de la accesibilidad y la resolución, la detección precoz de problemas de salud mental y en especial, el abordaje de la psicosis incipiente así como de la depresión, y el abordaje en el programa de prevención del riesgo de suicidio.

El alcohol sigue siendo la sustancia por la que se piden más inicios de tratamiento en los centros de titularidad municipal de Barcelona. La segunda sustancia para la que se solicita tratamiento es la cocaína, seguida por el cannabis, la heroína y otros opiáceos. Esta distribución es la misma que se ha constatado en los últimos años. Si tenemos en cuenta la cifra de personas que se tratan en los centros según la sustancia, las dos primeras son el alcohol (40%) y la heroína y otros opiáceos (25%).

En 2013 desde los equipos de atención primaria se han notificado 310 trastornos de salud mental relacionados con el trabajo en la Unidad de Salud Laboral de Barcelona. Los factores de riesgo más frecuentes han sido la falta de apoyo de los superiores (31,6% de los casos), seguidos de la falta de autonomía (20,3%) y el acoso psicológico (20,0%).

La salud laboral

Han aumentado todos los trastornos de salud laboral, mientras que las lesiones graves y mortales por accidente de trabajo han disminuido, siguiendo la tendencia de los últimos años. Uno de los resultados que destacan es el aumento de la incidencia de enfermedades profesionales, que ha pasado de 79,5 a 94,9 (tasa por 100.000 personas afiliadas, en 2012 y 2013, respectivamente). Estos resultados sugieren un empeoramiento de las condiciones de trabajo, algo que ya se apuntaba en el año 2012 en algunos de los Indicadores.

Las lesiones por colisiones de tráfico

Se han producido 8.596 colisiones de tráfico, que han ocasionado víctimas y han tenido como consecuencia 10.352 personas lesionadas y 22 muertas (la mayoría hombres) durante las primeras 24 horas después de la colisión. Respecto al año anterior, se ha observado un pequeño aumento del 3,3% en el número de personas lesionadas y una reducción del 26,7% en el número de personas fallecidas.

Executive Summary

16

The socio-economic context

Socio-demographic conditions

According to the Municipal Population Register, in 2013 the population of Barcelona reached 1,613,909 people; 765,382 males (47.4%) and 848,527 females (52.6%). The proportion of people born abroad remained relatively constant at 22.2%. The number of elderly people living alone continued to rise, particularly among those aged 85 and over. Although the number of people without basic education continues to decline in Barcelona as a whole, the numbers are disproportionately higher in certain districts, with figures ranging from 10% to 40% depending on the area.

Family, domestic and school environment

The percentage of secondary school children in Barcelona who have suffered bullying in school decreases with age and is more prevalent amongst boys than girls. The proportion of boys reporting incidents of bullying in the second year of compulsory secondary education (ESO) was 10.8%; in the fourth year 3.6%; and 2.6% in the second year of baccalaureate (A Level) study and during vocational training. Amongst girls, the proportions are slightly lower during the second and fourth years of secondary compulsory education (9.6% and 3.5%, respectively), and slightly higher in the second year of the baccalaureate during vocational training (3.2%).

Economic environment and living conditions

Although unemployment amongst men has fallen, there has also been a significant drop in the labour activity rate. In contrast, unemployment has risen for women while the rate of activity has hardly changed. The proportion of people in long-term unemployment has increased, with women and older people the most affected. The proportion of people unemployed and claiming benefits or unemployment subsidies has declined. In 2012, significant variations in per capita household disposable income continued to exist between districts and neighbourhoods. The overall recorded level of school absenteeism was 0.6%, or 1,103 cases, with variations at district level.

Food and fuel poverty

Food and fuel poverty are just two of the manifold ways that the economic crisis and unemployment has had a negative effect on the wellbeing of Barcelona's inhabitants. In recent years, the city council has increased the amount of financial aid available in an effort to lessen the impact of these problems. In 2013, financial aid for food was granted in 3,980 cases, 81.5% higher than in 2012; help with paying for utilities was awarded in 3,117 cases, a 102.5% increase on the year before.

Public health campaigns

Allergy and food intolerance awareness campaign in school canteens

In 2013, an allergy and food intolerance awareness campaign (VAIAME) was launched in school canteens to reduce the risks posed by food allergens. The programme was managed and evaluated using the established Hazard Analysis and Critical Control Points principles and methodology. With the participation of various stakeholders, such as kitchen managers, heads of school and kitchen service providers, the programme included health inspectors visiting schools to pave the way for all 773 school canteens in the city to implement an allergen control plan.

"Baixem al Carrer" programme

The "Neighbourhood Health" programme was developed for the disadvantaged areas of Barcelona to improve equity in health. One of the pressing issues identified in these neighbourhood communities was the isolation of the elderly due to the lack of a lift in some buildings, or other structural limitations. For this reason, the "Baixem al Carrer" programme provides a fortnightly outing for those affected, thanks to the use of a stair climbing electric power wheelchair. Having received positive results from participants in terms of satisfaction, overall reductions in psychological distress and improvements in general health, the scheme has been consolidated and rolled out to other areas.

Tobacco and alcohol legislation

Various systematic analyses have shown that population-wide preventive action has the greatest potential as a deterrent. Legislation on the promotion, sale and consumption of tobacco and alcohol should therefore be viewed from this perspective. In the case of alcohol, the municipal services have taken significant steps in recent years towards meeting their obligations by introducing the Barcelona Drug Action Plan. This programme aims to change social perceptions towards alcohol and change attitudes that trivialise consumption. The legislation has been developed as a formidable educational tool, and the public health sector has participated in its development, including supporting it being passed, reporting on its effectiveness, dealing with complaints, inspecting establishments or managing disciplinary proceedings.

Healthcare services

Primary healthcare

Some 67.8% of the total assigned population (63.1% of males and 72.1% of women) received treatment. There were, on average, 3.4 visits to the GP per person per year, 3.7 visits to the paediatrician and 1.6 visits to nursing professionals. This trend is in line with that of previous years.

Emergency care

Mechanisms have been established in Barcelona to categorise demand and establish routes to direct urgent cases to the most appropriate facility for the specific needs of the patient. People aged over 64 are most likely to visit accident & emergency, followed by the infant population and adults. Some 13% of emergency patients require hospital admission, although that figure increases to 24% for adults aged 64 and over.

Specialised hospital care

The most frequent causes of hospitalisation affecting the population of Barcelona continue to be diseases of the circulatory system, followed by diseases of the nervous system and the sensory organs although, for women, obstetrics admissions predominate and are the third main cause of hospitalisation overall. 55% of all admissions are for surgical procedures, with half of those being undertaken as outpatient surgeries, a growing trend that offers greater quality of patient care and improved surgical efficiency.

Social services

The process of adapting the public health network has been reinforced in response to the needs of the population and the healthcare system. Essentially, a new line of service has been created – known as subacute care – which focuses on the patient and goes beyond disease management. Patients using the service are generally older, frail people with long-standing chronic diseases that are usually associated with a risk of functional decline and requiring hospitalisation.

Pharmaceutical services

In the area of primary care, 93.1% of all prescriptions were e-prescriptions. The Northern Health Area recorded the highest figures, except in the areas of mental health and sexual and reproductive healthcare, where the Coastal Health Area was the highest. The number of medical prescriptions made by CatSalut declined by 7.2% compared to 2012 and decreased in cost by 9.3%. The cost of prescriptions issued in outpatient clinics increased the most for medicine for Hepatitis B (117.1%) and Hepatitis C (66.4%).

Physical surroundings

Housing and neighbourhood conditions

According to the Barcelona Housing Trust, there were 10,311 social housing accommodations and 28,584 applications for social housing by the end of 2013. The majority of those applications (62.9%) came from households with an income of less than 15,000 euros a year. In response to the housing crisis, a process to acquire 396 more social accommodations was initiated, with 59.6% being rented and 40.4% on leasehold. A further 213 applications for emergency social housing were awarded to people faced with eviction notices due to mortgage or rental arrears), and 4,892 awards were made towards rental payments.

Food safety

Some 5,618 inspections of food establishments were carried out. Of those, over 90% were in compliance with health and hygiene regulations, across all sectors and for the various aspects tested. For any identified nonconforming inspections, various corrective, compulsory and preventative measures were adopted, including the closure of 10 establishments as a precautionary measure.

Air quality

There has been an overall improvement in air quality, and a marked decrease in the pollutant NO₂ and PM₁₀ and PM_{2.5} particles. Of the differing maximum and target air quality values outlined in Royal Decree 102/2011 in respect of 12 atmospheric pollutants, only the annual average maximum value was exceeded for NO₂ (40 µg/m³) in the acute traffic areas of Eixample and Gràcia–Sant Gervasi (just 2 of the 7 areas of the city where NO₂ levels are monitored).

Water quality

Tests have been carried out on supplies to 242 dwellings in 175 different buildings, both in private dwellings in response to requests from private individuals (52% inspections) and as part of the compliance obligations of schools and educational centres (47%) and other public buildings (1%). Of the incidents recorded, most were due to excessive amounts of lead in the water, something identified in 7% of the buildings inspected. In these cases, the Barcelona Public Health Agency (ASPB) has requested remedial action to eliminate this contravention.

Executive Summary

18

Non-compliances of this nature were not found at any of the schools or educational centres inspected, and all remedial measures requested were directed at private owners of homes that still had lead piping and/or internal water tanks.

Health-related behaviour

Mobility

Usage of the various means of public transport by Barcelona residents aged 15 and over has fluctuated over the years. In both men and women, walking as a means of transport increased between 2009-2011, while the use of public and private-hire transport fell. The use of motorbikes, scooters or mopeds has slightly reduced amongst men but has risen in women. In contrast, the use of bicycles has increased amongst men but has remained constant amongst women.

Healthy eating habits

The practice of children eating breakfast before leaving the house decreases in both sexes as schooling progresses. Some 70.9% of boys in the second year of compulsory secondary education eat breakfast at home, while this figure decreases to 65.6% in the fourth year of compulsory secondary education and 59.8% in the second year of baccalaureate study. For girls, the figures are 61.2%, 51.3% and 51.9%, respectively. On the other hand, between 50% and 60% of boys and girls, regardless of sex or year of study, said that they had breakfast at mid-morning. These statistics are in-keeping with those obtained in 2008.

Health

Life expectancy and mortality

Life expectancy rates stand at 79.9 years for men and 85.7 for women, a slight decrease on the year before, but there are disparities according to district. Generally speaking, the districts of Ciutat Vella and Nou Barris recorded the lowest rates, while Les Corts had the highest. However, there are also significant variations between

neighbourhoods. Both Can Peguera and Torre Baró (in Nou Barris), Prat Vermell Marina (Sants-Montjuïc) and Baró de Viver (Sant Andreu) recorded the worst rates of life expectancy. The highest rates were found in Tres Torres (Sarrià-Sant Gervasi), Pedralbes and Maternitat i Sant Ramon (in Les Corts), and Vila Olímpica del Poblenou (Sant Martí).

Evaluation of the 2011-2015 Health Plan

In respect of progress made in four areas targeted by the 2011-2015 Health Plan to reduce mortality, the latest data available from 2012 indicates a downward trend in mortality in three of the mortality types identified: mortality caused by diseases of the circulatory system, the respiratory system and mental illnesses. There was also a decrease in cancer-related mortalities. These indicators will continue to be monitored.

Infectious diseases

HIV/AIDS infections

The incidence of HIV continues to be high for men in homosexual relationships. In 2013, 378 new cases of HIV infection were diagnosed. The rate of infection stands at 23.4 per 100,000 inhabitants, which represents a fall of 8.2% on 2012's figures. There is a need to continue strengthening preventative programmes. There were 58 new cases of AIDS, representing a rate of 3.6 cases per 100,000 inhabitants, a decrease of 31% compared to 2012.

Viral hepatitis

The prevalence of Hepatitis A declined by 12.2% on the year before, and the age group with the lowest rate of infection is adolescents and young adults, probably due to the vaccination regime. The prevalence of Hepatitis B increased by 5.7% on the year before, and the age group most affected is people aged 33 and over, probably due to the vaccination regime in place for younger people. In respect of Hepatitis C, the number of cases increased by 45.4% on the year before, and the group most affected is men aged 25-54. The increase in Hepatitis C infections is attributed to an increase in the number of men having sexual relations with other men, which is generally associated with unsafe sex practices.

Sexually transmitted infections

The number of sexually transmitted infections diagnosed continues to rise, with the majority of cases among young people and men engaged in homosexual activities. There were 457 new cases of syphilis, 533 cases of gonorrhoea and 50 cases of lymphogranuloma venereum. Preventing and controlling these infections requires a coordinated healthcare response, with more input from public health services at an institutional level and through social initiatives.

Tuberculosis

In 2013, 329 inhabitants of Barcelona (188 men; 141 women) were diagnosed with tuberculosis. The rate of infection fell by 4% compared with the year before. The illness is predominately found in the poorest areas of the city, with most cases diagnosed in Ciutat Vella and amongst the immigrant population.

Perceived state of health

In the last three years, health self-awareness among the population suggests that more women self-diagnosed ill health than men, but there were various different approaches. In men, the rate remained around 15%, with a slight improvement in 2012, while for women the upward trend continued from 28.9% in 2011 to 22.7% in 2013. However, health self-awareness differs according to educational level.

Overweight and obesity

In recent years, the prevalence of carrying excess weight in childhood (which includes being overweight or obese) has been rising, although it generally decreases progressively in adolescence. Excess weight reduces progressively in both sexes as schooling advances. More boys than girls are overweight, with between 22–39% of boys and 15–25% of girls carrying extra weight, depending on age.

Sexual and reproductive health

Some 13,972 births were recorded in women aged 15–49. Since the fall in births recorded in 2009, the fertility rate stands at 36.2 per 1,000 women and has remained at a constant level over the last five years. In women aged 15–19, the number of voluntary terminations stands at 17.2 per 1,000, and there has been little in the way of change in that rate over the last four years, while those women recorded a slight decrease in fertility since 2009.

Mental health and addiction

Action taken to improve mental health services has increased overall for both the adult population and for children and adolescents. The range of

mental health services being offered by primary healthcare providers continues to be strengthened. Mental health centres provided support to 37,894 adults, and 8,071 children and adolescents were seen at centres for young people. During the development phase of the Health Plan for Catalonia, four critical health areas were brought into focus in order to consolidate the various lines of activity. These include territorial agreements to improve accessibility and resolution, early detection of mental health issues, improved approaches to incipient psychosis and depression and a prevention programme for those at risk of suicide.

Alcohol remains the main cause of treatment requests in Barcelona substance abuse centres. The second most common cause of a request for substance treatment is cocaine, followed by cannabis, heroin and other opiates. This is consistent with statistics from the last few years. Considering the number of people being treated in these centres, the two main substances are alcohol (40%) and heroin and other opiates (25%).

In 2013, the primary healthcare services were notified of 310 workplace-related mental health incidents in the Occupational Health Unit in Barcelona. The most frequent risk factors cited were a lack of support from superiors (31.6% of all cases), followed by lack of autonomy (20.3%) and psychological bullying (20.0%).

Occupational health

There has been an increase in all occupational health issues, while serious and mortal injuries arising from workplace accidents have decreased, continuing the trend from recent years. One of the most notable aspects is the increased prevalence of occupational illnesses, rising from 79.5 per 100,000 affiliated persons in 2012 to 94.9 in 2013. These figures suggest a worsening of working conditions, something that some indicators had already pointed to in 2012.

Road traffic injuries

There were 8,596 traffic accidents that left casualties, with 10,352 people sustaining injuries and 22 deaths (mainly men) in the first 24 hours after the crash. In comparison with the previous year, there was a slight rise of 3.3% in the number of people injured, and a reduction of 26.7% in the number of fatalities.

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

20

Existeixen diferents marcs conceptuals que intenten posar en evidència els factors socials que tenen relació amb la salut i les desigualtats en salut de les poblacions. Les ciutats o àrees urbanes tenen característiques específiques que les diferencien dels altres àmbits d'actuació com ara el país o la comunitat autònoma. El marc conceptual de la figura 1 intenta descriure els factors relacionats amb la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes, molts dels quals són responsabilitat dels governs municipals. Les seccions principals del marc són:

Governança

La governança es refereix no només al govern (local, regional, nacional), sinó també a altres actors que tenen un paper important a les ciutats, com ara el sector privat i la societat civil a través de les organitzacions i els agents socials.

Context físic

Es refereix al context natural (el clima o la geografia) i a altres factors físics, com ara el medi construït basat en la planificació urbana i la política d'habitatge, les quals depenen parcialment de les autoritats locals. La urbanització i l'urbanisme estan determinats per les infraestructures públiques (comunicacions, sistema de clavegueram), per les reglamentacions generals (en relació amb els edificis i l'ús de l'espai públic) i pels equipaments dels barris (instal·lacions esportives, sanitàries i educatives, mercats, biblioteques, etc.). Les polítiques d'habitatge (impostos, habitatge social de lloguer o de venda) poden fer-lo assequible a tothom i, sobretot, a les persones de les llars amb ingressos baixos, i l'absència d'aquestes polítiques converteix l'habitatge en un bé d'especulació, tal com ha passat en l'actual crisi econòmica. Un altre aspecte del context físic és la mobilitat, que afecta tant la mobilitat de vianants com la possibilitat d'usar el transport públic o el privat. Els factors esmentats poden, a més, influir en les característiques ambientals, com ara la qualitat de l'aigua i de l'aire i la contaminació acústica, que són determinants importants de la salut a les zones urbanes. Finalment, també es té en compte l'accessibilitat a aliments saludables

(disponibilitat i preu) i el maneig de les emergències que pot haver-hi en una ciutat.

Context socioeconòmic

Aquest apartat es refereix a diferents aspectes, com ara els factors econòmics, d'ocupació i les condicions de treball, l'entorn domèstic i familiar, els serveis públics (educació, salut, serveis per ajudar les famílies, etc.) i les transferències socials (pensions, prestacions per atur, etc.). Tot i que la majoria d'aquests factors són responsabilitat del govern del país, els governs de les ciutats tenen la capacitat de modificar-los. Altres aspectes inclosos són la seguretat, les xarxes socials i la participació de la comunitat; aspectes en què els diferents actors de la ciutat tenen capacitat d'intervenció.

Els entorns

Els entorns són els espais on les persones interactuen i on es creen o resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns són els barris, les escoles o els llocs de treball. Tant el context físic

Figura 1. Model de determinants de la salut i desigualtats en salut a les àrees urbanes.



Font: Elaborat pel projecte Ineq-cities: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/> (Borrell C et al. JECH)⁴.

com el socioeconòmic estan relacionats amb aquests entorns, tal com s'observa a la figura 1. Així, per exemple, les característiques del medi construït i el context socioeconòmic influeixen en la segregació residencial de la població, fet que implica que les persones de classes socials desfavorides o immigrants de països de renda baixa tendeixen a viure en barris amb habitatges de menor valor i amb concentració de persones del mateix origen. Moltes ciutats arreu del món estan altament segregades per barris, amb múltiples barreres històriques, logístiques i pràctiques que impedeixen la relació entre els diferents grups socials. Aquesta segregació residencial determina les característiques socials de la població del barri i, per tant, es relaciona amb les desigualtats en salut entre diferents zones.

Els entorns són espais idonis per portar a terme accions per promoure la salut, accions que poden adoptar moltes formes, com ara: l'accessibilitat a espais públics per fer activitat física (per exemple, àrees verdes o instal·lacions esportives) o accions per promoure la seguretat i el foment de les xarxes socials i la participació.

Eixos de desigualtat

Els factors comentats anteriorment poden variar d'acord amb els diferents eixos de desigualtat, com la classe social, el gènere, l'edat, l'origen ètnic o la migració, eixos que determinen l'estructura social.

¹Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. Ann N Y Acad Sci. 2010; 1186: 125-45.

²Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. J Urban Health. 2007; 84(3 Suppl):16-26.

³WHO/UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization; 2010.

⁴Borrell C et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. J Epidemiol Community Health. 2013; 67:5 389-91.



El context socioeconòmic

23

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn familiar, domèstic i escolar

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La pobresa alimentària i l'energètica

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

Les malalties transmissibles

La infecció per VIH/sida

Les hepatitis víriques

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit

Monogràfics

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

Les condicions sociodemogràfiques

24

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2013 la població de Barcelona ha estat de 1.613.909 persones, 765.382 homes (47,4%) i 848.527 dones (52,6%).

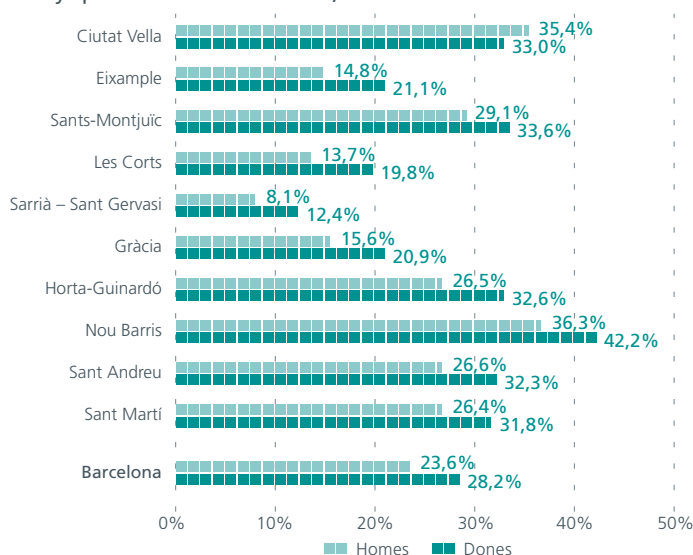
Si s'analitza l'evolució en el temps de la població de la ciutat per edat i sexe, s'observa com s'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys, tant en homes com en dones, mentre que els altres grups d'edat fins i tot han experimentat un augment. En dones, aquesta reducció només s'ha produït entre les nascudes a l'Estat espanyol, mentre que en homes s'ha observat tant en nascuts a l'Estat espanyol com a l'estranger. D'aquesta manera es trenca la tendència creixent que seguia els darrers anys el nombre d'homes d'entre 15 i 44 anys nascuts a l'estranger, tot i que de forma diferenciada segons el país de procedència: el nombre d'homes nascuts a Europa i altres països desenvolupats ha continuat la seva tendència creixent.

L'any 2013, les persones nascudes fora de l'Estat espanyol representen el 22,2% (357.510 persones) de la població de Barcelona. Respecte a l'any 2012, el nombre de persones nascudes a l'estranger inscrites al Padró Municipal d'Habitants de la ciutat s'ha mantingut relativament estable (ha augmentat només en 261 persones). No obstant això, si es té en compte el país d'origen, s'observa com ha augmentat el nombre de persones procedents d'Europa (unes 4.000 persones), mentre que s'ha produït una

reducció similar en el nombre de persones procedents de l'Amèrica del Sud i de l'Amèrica Central, Àsia, Oceania i els països del Magrib.

Pel que fa les persones grans, l'any 2013 ha continuat la tendència creixent en el percentatge de persones grans que viuen soles, en homes a tots els grups d'edat i en dones només les de 85 anys i més. Si ens fixem, però, en l'evolució del nombre absolut de persones de 75 anys i més que viuen soles durant els darrers deu anys, l'augment és encara més destacable: en homes de 75 a 84 anys s'ha incrementat el 18,1% i en els de 85 anys i més fins al 70,2%; en dones de 75 a 84 anys s'ha man-

Figura 2. Percentatge d'homes i dones amb estudis primaris o menys per districte. Barcelona, 2013.



Font: Padró Municipal d'Habitants de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

Figura 1. Evolució del nombre de persones de 75 anys i més que viuen soles, per sexe. Barcelona, 2004-2013.



Font: Padró Municipal d'Habitants de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

tingut relativament estable (disminució del 5,6%) però ha presentat un augment del 58,9% en les de 85 anys i més (vegeu la figura 1, pàgina 24).

Pel que fa al nivell d'estudis de les persones empadronades a la ciutat de Barcelona, l'any 2013 s'ha mantingut la tendència dels anys previs, de reducció del percentatge de persones

sense estudis o amb estudis primaris i d'augment del percentatge d'aquelles amb estudis universitaris, tant en homes com en dones. No obstant això, la distribució de les persones segons el nivell d'estudis ha estat molt heterogènia segons el districte de la ciutat. Així, al districte de Sarrià – Sant Gervasi el percentatge d'homes i dones amb estudis primaris o menys és del 8,1% i del 12,4% respectivament, mentre que aquests percentatges són del 36,3% i del 42,2% al districte de Nou Barris (vegeu la figura 2, pàgina 24).

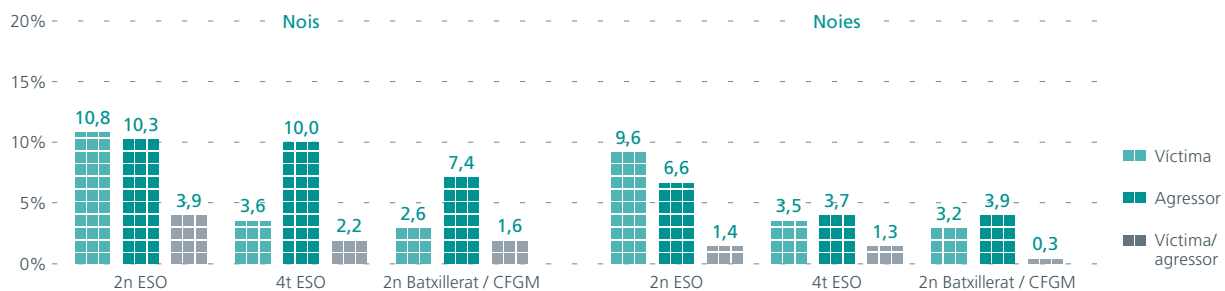
L'entorn familiar, domèstic i escolar

Es presenten alguns resultats referents a l'assetjament escolar a partir de les dades de l'enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (FRESC) del 2012. El percentatge d'estudiants de secundària de Barcelona relacionats amb l'assetjament escolar disminueix amb l'edat i és superior en els nois que en les noies (vegeu la figura 3). El percentatge de nois víctimes d'assetjament escolar és del 10,8% a segon

d'educació secundària obligatòria (ESO), del 3,6% a quart d'ESO i del 2,6% a segon de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà (CFGM). En noies, aquests percentatges són lleugerament inferiors a segon i quart d'ESO (9,6% i 3,5%, respectivament) i lleugerament superiors a segon de batxillerat i CFGM (3,2%). Pel que fa a la figura de l'agressor, el percentatge entre els nois és d'aproximadament el 10% en els dos cursos d'ESO i del 7,4% a segon de batxillerat i CFGM. En noies, aquest percentatge disminueix abans, entre segon d'ESO (6,6%) i quart d'ESO (3,7%), i és del 3,9% entre les estudiants de segon de batxillerat i CFGM. La prevalença d'alumnes que són víctimes i a la vegada agressors és inferior que la de víctimes i agressors per separat a tots els cursos i en ambdós sexes. Cal assenyalar que els percentatges observats l'any 2012 són molt similars als obtinguts a l'edició de l'any 2008 de la mateixa enquesta¹, no s'observen diferències estadísticament significatives entre les dues edicions.

¹ Nebot M, Pérez A, García-Continent X, Ariza C, Espelt A, Pasarín M et al. Informe FRESC 2008. Resultats principals. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010.

Figura 3. Percentatge d'estudiants implicats en assetjament escolar per curs i sexe. Barcelona, 2012.



Font: Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (FRESC) 2012. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'entorn econòmic i les condicions de vida

26

L'entorn econòmic

El 2013 ha disminuït la taxa d'atur en els homes, però també ho ha fet la taxa d'ocupació (població que està treballant) i la d'activitat (població que està en disposició de treballar). En les dones la situació ha estat diferent atès que ha augmentat la taxa d'atur i ha disminuït, encara que més lleugerament, la d'ocupació, amb un petit increment de la taxa d'activitat (vegeu el quadre 1). En analitzar el moviment del mercat de treball en relació amb el nombre de persones, si l'any 2012 destacava l'augment de la població aturada, el que més destaca el 2013 és la pèrdua de població activa, sobretot en els homes i en tots els grups d'edat (entre el 2011 i el 2012 van sortir del mercat de treball 15.725 persones, mentre que entre el 2012 i el 2013 n'han sortit 24.225). Al quadre 2 s'observa la variació interanual en el nombre de persones segons la situació laboral.

Pel que fa a dues de les característiques de l'atur que s'associen a l'estat de salut, la durada i la cobertura econòmica, cal esmentar d'una banda l'augment de la proporció de persones en atur de llarga durada, sobretot entre les dones, en què ha passat a ser el grup més nombrós (el 42,9% de les aturades el 2013 ho estaven des de feia més de 12 mesos) i entre les persones més grans, especialment també entre les dones (el 59,7% de les dones de 45 anys i més i el 53,7% dels homes de la mateixa edat estaven a l'atur des de feia més de 12 mesos, segons les dades d'atur registrat^a, cosa que suggereix dificultats d'empleabilitat i, a diferència del que passava abans de la crisi econòmica, la permanència en el mercat laboral en comptes de l'abandonament d'aquesta opció per convertir-se en mestresses de casa. D'altra banda, la cobertura de l'atur ha continuat disminuint el 2013, de manera

que al desembre del 2013 només el 55,0% de les persones aturades percebien alguna prestació o subsidi d'atur (la taxa de cobertura del

Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur per sexe. Barcelona, 1995-2013.

Any	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1995	63,4	42,1	53,2	31,9	16,1	24,4
1996	61,0	41,5	49,8	32,3	18,5	22,2
1997	60,6	41,9	51,4	32,9	15,3	21,5
1998	62,6	40,8	55,5	31,8	11,4	22,1
1999	59,1	39,0	53,5	32,4	9,5	16,8
2000	59,1	39,0	53,5	34,2	9,6	12,3
2001	63,8	44,0	58,4	38,4	8,6	12,7
2002	63,2	44,4	56,9	38,3	10,0	13,8
2003	66,3	45,9	59,6	40,0	10,2	12,8
2004	68,3	48,4	61,4	42,3	10,2	12,6
2005	69,7	49,2	65,2	44,9	6,5	8,7
2006	69,7	51,7	66,0	47,5	5,4	8,1
2007	67,5	51,5	63,2	48,0	6,4	6,7
2008	69,5	53,1	64,2	49,1	7,7	7,6
2009	67,7	54,8	58,2	47,5	14,1	13,3
2010	67,4	54,4	55,7	46,2	17,3	15,0
2011	68,2	55,7	56,7	47,4	16,9	14,9
2012	67,2	56,0	54,1	46,8	19,5	16,7
2013	65,5	56,2	53,3	46,4	18,6	17,5

Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Nota: L'any 2005 va canviar la metodologia de l'EPA. Les dades del 2001 al 2004 s'han revisat amb la nova metodologia; no són comparables, però, amb les dels anys anteriors.

Quadre 2. Diferència interanual en nombres absoluts en la població activa segons la situació laboral. Barcelona, 2012-2013.

	Persones actives	Persones ocupades	Persones aturades
Total	-24.225	-19.200	-5.025
Sexe Homes	-18.675	-11.700	-7.025
Dones	-5.550	-7.500	2.000
Edat De 16 a 19 anys	-3.550	-1.900	-1.650
De 20 a 24 anys	-1.875	1.625	-3.450
De 25 a 54 anys	-17.900	-15.250	-2.725
55 anys i més	-925	-3.675	2.800

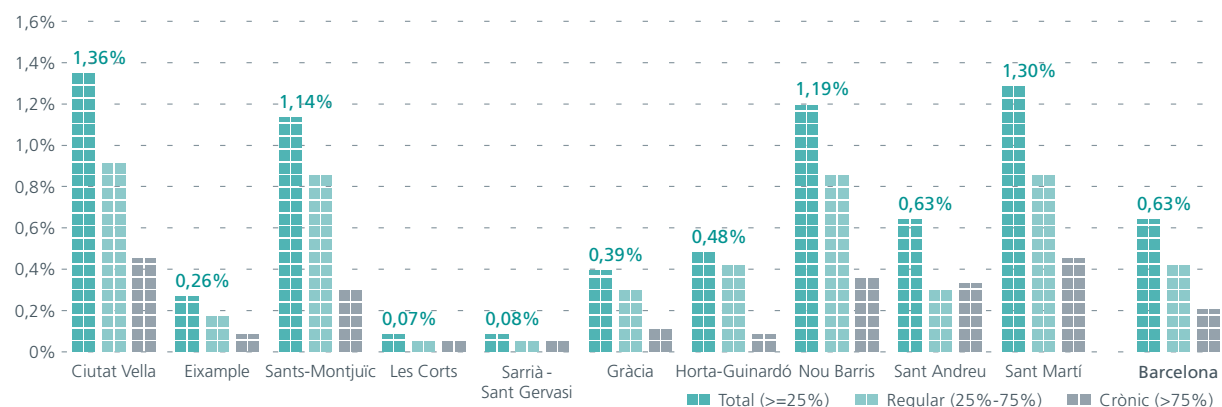
Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Dades de mitjana anual calculades a partir de dades trimestrals, originalment en milers.

^a Les dades de l'EPA es refereixen a l'atur declarat, mentre que l'atur registrat correspon a les demandes d'ocupació a les oficines de treball de la Generalitat (OTG) pendents de cobrir l'últim dia de cada mes, excloent-ne els treballadors ocupats que volen canviar de feina, els treballadors que no tinguin disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que és incompatible amb el treball, els treballadors que demanin una ocupació d'unes característiques determinades i els treballadors eventuais agraris beneficiaris del subsidi especial d'atur.

mes de desembre dels quatre anys anteriors és la següent: 71,1%, 66,4%, 60,4% i 58,1%)^b.

^bFont: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Figura 4. Absentisme escolar regular i crònic segons els districtes. Barcelona, curs 2011-2012.



Font: Consorci d'Educació de Barcelona.

Nota: Absentisme regular: no assistència a l'escola entre el 25% i el 75% de dies escolars. Absentisme crònic: no assistència a l'escola més del 75% dels dies escolars.

Quadre 3. Indicadors de seguiment de crisi econòmica

Indicadors	Barcelona	Catalunya	Espanya	Unió Europea
Atur trimestral i mitjana anual (2013) ¹ (%)	18,1%	23,1%	26,1%	12% (EU-17) ⁸
Persones en risc de pobresa o exclusió social (2012) ² (%)	27,4% (2011)	24,9%	28,2%	23,3% (zona euro) ⁹
Renda anual neta per persona i unitat de consum, en € (2012) ³	17.381	15.110	13.885	19.676 (EU-17)
Despesa corrent en salut per càpita, en € (2012) ⁷	1.126	1.138	1.327	–
Bretxa salarial entre homes i dones (2011) ⁴ (%)	–	19,8%	17,8%	16,4% (EU-17)
Població de 20 a 24 anys (30-34) amb estudis de nivell secundari (terciari) (2012)	56,3% (41,9%)	64,7% (42,9%)	62,7% (40,1%)	80,3% (35,7%)
Tuberculosi, casos per 100.000 habitants (2012)	21,2	16,2	13,0	–
VIH, casos per 100.000 habitants (2012)	21,8	10,7	8,5	–
Taxes de suïcidis per 100.000 habitants (2012) ⁵	8,2	6,7	7,6	–
Risc de mala salut mental (Goldberg)	12,3% (2013)	12,4% (2013)	20,6% (2011)	–
Obesitat en joves de menys de 18 anys ⁶	12,6% (2013)	–	–	–
Nadons amb baix pes <2.500 g (2011)	7,1%	7,5%	8,1%	6,5% (OCDE)

Notes: ¹Mitjana anual de l'atur trimestral.

²Risc de pobresa: Taxa AROPE (At risk of poverty or exclusion) estratègia Europa 2020. És població en risc la que es troba en alguna de les situacions següents:

- Igual o per sota del 60% de la mediana dels ingressos per unitat de consum.
- En carència material severa (amb carència en almenys 4 conceptes d'una llista de 9).
- En llars sense ocupació o amb baixa intensitat d'ocupació (llars en què els seus membres en edat de treballar ho van fer menys del 20% del total del seu potencial durant l'any de referència).

³Renda familiar: a partir de l'Enquesta de condicions de vida per Catalunya i Espanya, i de EUSILC – Eurostat per a EU-17. Per Barcelona, de l'Enquesta de pressupostos familiars a partir dels Anuaris Estadístics de Barcelona. ⁴Bretxa salarial: es defineix com la diferència entre la mitjana del guany salarial brut per hora dels homes i la mitjana del guany salarial brut per hora de les dones com a percentatge de la mitjana del guany salarial brut per hora dels homes. A partir de l'Enquesta d'estructura salarial-INE que figura a l'Idescat. ⁵Suïcidis i esdeveniments d'intenció no determinada. ⁶Obesitat a partir de l'índex de massa corporal de Cole TJ, MBJ:2000; (320)6, aplicat a l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. ⁷Despesa corrent en salut a partir dels pressupostos executats capítols I a IV sense interessos, consolidats i per Catalunya i Espanya dividits per la població estimada 2002-2012 INE. Per Barcelona és el pressupost executat equivalent de la Regió Sanitària de Barcelona dividit per la seva població. ⁸EU-17: Àustria, Bèlgica, Finlàndia, França, Alemanya, Irlanda, Itàlia, Luxemburg, Holanda, Portugal, Espanya, Grècia, Eslovènia, Xipre, Malta, Eslovàquia i Estònia. ⁹Zona Euro: 18 països que han adoptat la moneda euro: Alemanya, Àustria, Bèlgica, Xipre, Eslovàquia, Eslovènia, Espanya, Estònia, Finlàndia, França, Grècia, Irlanda, Itàlia, Letònia, Luxemburg, Malta, Països Baixos i Portugal.

L'entorn econòmic i les condicions de vida

28

La situació excepcional de crisi econòmica i els seus efectes en la salut de la població va fer que es veiés la conveniència de fer-ne un seguiment a través d'alguns indicadors socioeconòmics i de resultats en salut (vegeu el quadre 3, pàgina 27).

Pel que fa a la distribució de la renda familiar disponible per càpita (RFDpc), i prenent com a referència la mitjana de Barcelona (100%), amb dades del 2012, darrer any publicat, va continuar-hi havent importants diferències entre districtes, de RFDpc fins a 3,1 vegades superior al districte amb major RFDpc (districte de Sarrià – Sant Gervasi, 177%) en comparació amb el districte amb menor RFDpc (Nou Barris, 57,1%). Aquestes diferències van ser encara més importants entre barris: RFDpc 6,4 vegades superior per a famílies

residents al barri de Pedralbes (districte de Sarrià – Sant Gervasi) (240,7%), en comparació amb el de les famílies residents a Ciutat Meridiana (districte de Nou Barris) (37,5%).

Pel que fa l'educació, segons dades del Consorci d'Educació de Barcelona, el curs 2012-2013 van ser escolaritzats en règim general un total de 246.349 alumnes (un 0,9% més que l'any anterior i un 5,8% més que cinc anys enrere), un 40,9% dels quals a centres públics, un 49,4% a centres concertats i un 9,6% a centres privats. En referència als resultats escolars, el 85,7% dels alumnes matriculats a quart d'ESO van aprovar amb èxit el curs acadèmic (64,5% en convocatòria ordinària), el 12,0% no van aprovar-lo i el 2,3% no van ser avaluats (dades del curs 2011-2012). Cal destacar que, dels 175.119 alumnes d'entre 3 i 16 anys matriculats, es van detectar 1.103 casos (0,6%) d'absentisme escolar regular (van faltar a classe entre el 25% i el 75% dels dies escolars) i crònic (més del 75%), amb importants diferències segons el districte, entre el 0,07% a Les Corts i l'1,36% a Ciutat Vella (vegeu la figura 4, pàgina 27).

Les condicions de vida: La pobresa alimentària i l'energètica

La pobresa alimentària i la pobresa energètica^c constitueixen dues de les múltiples vies per les quals la crisi econòmica, a través de l'atur, està afectant el benestar de la ciutadania. L'Ajuntament de Barcelona ha reforçat els darrers anys els ajuts econòmics d'inclusió per pal·liar els efectes de la pobresa alimentària i energètica. Els ajuts econòmics d'inclusió social són prestacions econòmiques destinades a la cobertura de necessitats bàsiques, que es concedeixen a persones i/o famílies en situació de vulnerabilitat econòmica o que es troben en situacions d'exclusió social.

L'any 2013 s'ha incrementat un 50,8% el nombre d'ajuts concedits respecte a l'any anterior. El 2013 s'hi han destinat 4.934.078,10 euros, la qual cosa suposa un increment d'un 57,4% respecte a l'any 2012. Pel que fa pròpiament als ajuts

d'alimentació, s'inclouen en aquest concepte ajuts d'alimentació per a nadons, ajuts d'alimentació per a restaurants, menjadors de gent gran i els kits de la Creu Roja. L'any 2013 s'han atorgat 3.980 ajuts econòmics d'alimentació, un 36,1% més que el 2012. La quantia econòmica dels ajuts econòmics per a alimentació, l'any 2013, ha ascendit a 601.000,68 euros, un 128,1% més que l'any anterior (vegeu el quadre 4, pàgina 28).

A banda dels ajuts econòmics directes en concepte d'alimentació, l'Ajuntament ofereix tres serveis més que tenen com a objectiu comú lluitar contra l'exclusió i l'aïllament socials i garantir una dieta equilibrada a totes les persones que ho necessiten: Àpats en Companyia, Àpats a Domicili i Menjadors Socials Municipals. Considerant els tres serveis

^c La pobresa energètica es defineix com la incapacitat d'una llar per pagar una quantitat mínima de serveis d'energia per satisfer les necessitats bàsiques domèstiques, com mantenir l'habitatge en unes condicions de climatització adequades per a la salut (de 18 a 20 °C a l'hivern i de 25 °C a l'estiu).

conjuntament, l'any 2013 s'ha atès 12.946 persones, un 2,7% més que l'any anterior i s'han servit 1.028.710 àpats, un 23,6% més que l'any anterior. Aquest creixement desigual entre persones ateses i àpats servits és perquè en general ha augmentat el nombre de persones que utilitzen els serveis de forma estable i ha disminuït el nombre de persones que utilitzen els serveis de forma puntual. A més, les persones que utilitzen els serveis de forma estable ho han fet durant més temps. El pressupost destinat a

aquests tres serveis l'any 2013 ha estat de 6,15 milions d'euros, un 30% més que l'any anterior. Per pal·liar situacions de pobresa energètica, l'Ajuntament ofereix ajuts destinats al pagament de subministraments d'aigua, gas i electricitat. Aquests ajuts estan inclosos dins de la partida general d'ajuts econòmics d'inclusió per al manteniment de l'habitatge de l'Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS). L'any 2013 s'han concedit 3.117 ajuts per pagar els subministraments d'aigua, gas i electricitat, un 102,5% més que l'any anterior. La quantia econòmica dels ajuts per al pagament de subministraments ha ascendit, l'any 2013, a 512.281 euros, un 96,7% més que l'any anterior.

Quadre 4. Ajuts econòmics d'inclusió social en alimentació i subministraments energètics. Barcelona, 2012-2013.

		2012	2013	Variació 2012-2013
Ajuts econòmics d'inclusió social en alimentació	Nombre d'ajuts	2.923	3.980	36,1%
	Import dels ajuts (euros)	263.442	601.000	128,1%
Àpats en Companyia	Persones ateses	1.039	1.042	0,3%
	Àpats servits	168.964	197.194	16,7%
Àpats a Domicili	Persones ateses	1.138	1.251	9,9%
	Àpats servits	282.368	342.303	21,2%
Menjadors Socials Municipals	Persones ateses	10.423	10.653	2,2%
	Àpats servits	380.737	489.213	28,5%
Ajuts destinats al pagament de subministraments d'aigua, gas i electricitat	Nombre d'ajuts	1.539	3.117	102,5%
	Import dels ajuts (euros)	260.434	512.281	96,7%

Font: Institut Municipal de Serveis Socials. Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports. Ajuntament de Barcelona.

Les accions en salut pública

En aquest apartat s'assenyala alguna de les intervencions que es desenvolupen des dels serveis de salut pública de la ciutat. Enguany s'expliquen breument tres intervencions que en el decurs de l'any 2013 s'han assentat: el programa Vigilància d'al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries als menjadors escolars de Barcelona (VAIAME), el Programa «Baixem al Carrer» i el de Regulacions sobre tabac i alcohol.

Programa Vigilància d'al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries als menjadors escolars de Barcelona

Durant el curs escolar 2011-2012 es va iniciar la primera fase del programa amb la realització d'un estudi per avaluar la gestió del risc associat als al·lèrgens en els menjadors escolars de la ciutat. Mitjançant l'administració de dues enquestes específiques, dirigides als gestors de cuines i/o serveis de menjador i a les direccions escolars, es va obtenir informació sobre les dades poblacionals dels centres i l'alumnat, la

Les accions en salut pública

30

demanda de dietes especials i les mesures preventives instaurades per minimitzar el perill dels al·lèrgens en les diferents fases del procés d'elaboració i/o servei dels menús especials.

Els resultats van mostrar que el 4,1% dels alumnes declarava a la matriculació que tenia una al·lèrgia i/o intolerància a certs aliments. Del total d'alumnes amb hipersensibilitat als aliments, només el 45% va aportar el certificat mèdic corresponent. Els tipus de dietes especials més sol·licitades van ser a causa de la intolerància a la lactosa (17,3%) i l'al·lèrgia a les fruites rosàcies (17%). Només el 36% dels centres disposaven d'un pla de control d'al·lèrgens, i les escoles que disposaven d'aquest autocontrol implementaven més mesures preventives de control d'al·lèrgens, juntament amb els menjadors gestionats per una empresa externa i els que tenien major nombre de comensals.

Considerant els resultats obtinguts, durant l'any 2013 es va dur a terme la segona fase del programa, que consistia a integrar el control d'al·lèrgens al sistema de control oficial dels menjadors escolars de la ciutat, amb l'objectiu de disminuir els perills associats als al·lèrgens alimentaris, i a avaluar-ne la gestió a través dels principis i la metodologia del Sistema d'Anàlisi de Perills i Punts de Control Crític establert. La intervenció per promoure la implantació del pla d'al·lèrgens es va fer a tots els menjadors escolars (773). Des dels serveis d'inspecció sanitària es van elaborar dos models de pla de control d'al·lèrgens (<http://aspb.cat/quefem/alergies-intolerancias-programa-vaiame.htm>) segons el tipus de subministrament dels menjars preparats (intern o extern). Es van supervisar tots els plans de control d'al·lèrgens descrits. En els propers cursos es comprovarà que els plans estiguin correctament implantats a la totalitat dels centres.

Programa «Baixem al Carrer»

El programa «Salut als Barris» es desenvolupa en zones desfavorides de Barcelona per tal de millorar l'equitat en salut. Un dels problemes prioritzats per la comunitat en aquests barris ha estat l'aïllament de persones grans a causa de la manca d'ascensor en els edificis o d'altres

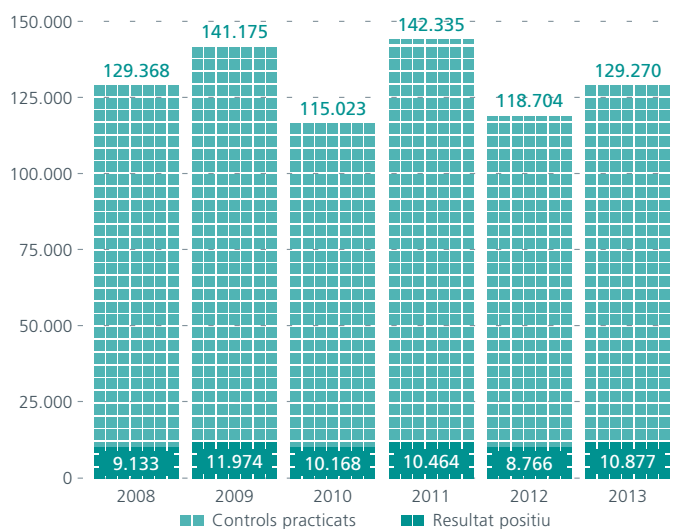
barreres arquitectòniques. Per aquest motiu, es va desenvolupar el programa «Baixem al Carrer», que detecta els casos existents amb la coordinació dels serveis de salut, socials i comunitaris, promou i coordina voluntariat i facilita una sortida quinzenal amb una cadira-eruga motoritzada a les persones que viuen en aquestes condicions.

Per tal d'avaluar els efectes d'aquesta intervenció es va fer un estudi quasi-experimental abans-després en les persones participants entre els anys 2009 i 2011. Es va estudiar la seva satisfacció i es va comparar l'estat de salut percebut, la qualitat de vida i la salut mental abans i després de quatre sortides. Van participar-hi 74 persones amb una mitjana d'edat de 83 anys. La seva salut percebuda va millorar un 21%, la mental un 24% i el malestar psicològic es va reduir un 16%. El 98% estaven satisfetes. Davant d'aquests resultats, la intervenció s'ha estès a altres zones de la ciutat i se n'ha consolidat la prestació. Si bé la millor mesura preventiva és evitar que les persones grans resideixin en edificis no accessibles, quan això no és possible aquest tipus de programes pot millorar la seva salut.

Regulacions sobre tabac i alcohol

Diverses anàlisis sistemàtiques han demostrat que les accions poblacionals de prevenció tenen el màxim potencial preventiu. Les normes sobre la promoció, la venda i el consum de tabac o alcohol s'han de mirar amb aquesta òptica. Són accions de prevenció universals, que donen un missatge social potent a la ciutadania sobre allò que es considera socialment desitjable. Per exemple, la percepció que els me-

Figura 5. Controls d'alcohol en aire espirat practicats per la Guàrdia Urbana en conductors de vehicles i proporció de resultats que superen els límits establerts. Barcelona, 2008-2013.



Font: dades subministrades per la Guàrdia Urbana de Barcelona.

Quadre 5. Denúncies de la Guàrdia Urbana per incompliment de normes relacionades amb l'alcohol, per natura de la infracció i trienni. Barcelona, 2008-2013.

	2008-2010	2011-2013	Variació
Denúncies a conductors per superació de límits d'alcohol en l'aire espirat	31.275	29.486	-5,72%
Denúncies a la ciutadania per consum en l'espai públic	74.016	97.432	+31,64%
Denúncies a establiments on es ven alcohol	574	1.566	+172,88%
Total de denúncies	105.865	128.484	+21,37%

Font: elaboració pròpia a partir de dades proporcionades per la Guàrdia Urbana de Barcelona.

nors tenen del tabac ha canviat dràsticament en una dècada, en la mesura que n'ha desaparegut la publicitat, no hi ha consum als espais públics com escoles, botigues i cafès i se n'han reduït els punts de venda. La regulació es configura així com una eina educadora formidable, i els serveis de salut pública hi han contribuït molt: afavorint-ne l'aprovació, informant de la seva vigència, gestionant denúncies, inspeccionant establiments o gestionant expedients sancionadors.

En el cas de l'alcohol, la realitat és més complexa perquè la regulació és més feble i el seu grau de compliment divers. A més, la pressió del màrqueting és potent i actua en sentit contrari. Les principals regulacions vigents són la normativa estatal de trànsit del 1990 i les seves actualitza-

cions, la normativa catalana sobre venda i consum d'alcohol dins la Llei 20/1985 sobre drogues i les seves modificacions, i l'ordenança municipal del civisme del 2006. Cal destacar l'esforç realitzat els darrers anys pels serveis municipals per reforçar-ne el compliment, impulsat amb el Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona. Aquest treball intenta modificar les percepcions socials envers l'alcohol per revertir la banalització del seu consum que s'ha produït i que és la causa del formidable increment de borratxeres i de consum intensiu que en fan els adolescents i joves, documentat des del 1996. Si és ben conegut l'esforç policial per evitar la conducció de persones intoxicades (vegeu la figura 5, pàgina 30), convé també posar de manifest el treball per evitar el consum de begudes en envasos de llauna o vidre a la via pública, i també el control de la venda indeguda en establiments, regulada per aspectes com ara l'horari nocturn o la venda a menors. El quadre 5 posa de manifest l'important esforç desplegat els darrers anys, i el seu increment en alguns aspectes, que pot ajudar a modificar les percepcions socials envers l'alcohol. La modificació prevista en l'ordenança del civisme pel que fa al consum en l'espai públic hi ha de contribuir.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés de la ciutadania a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona es realitzen als centres d'atenció primària de les 68 àrees bàsiques de salut (ABS), on tre-

ballen els equips de professionals que durant l'any 2013 han donat cobertura al 67,8% del total de la població assignada (63,1% homes i 72,1% dones). Amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família per persona a l'any, 3,7 visites per pediatra i 1,6 visites per professionals d'infermeria. Aquesta tendència es manté respecte a l'any 2012. Per districtes, la menor cobertura s'ha donat al districte de Sarrià – Sant Gervasi (55,3%) i la major a Nou Barris (75,8%).

Els serveis sanitaris

32

Dels resultats de l'avaluació de la compra de serveis, el *benchmarking* i les dades que aporta el Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris es desprèn informació, entre altres aspectes, sobre la qualitat i activitat resolutive dels equips d'atenció primària (EAP). Així tenim que, en aquest any 2013, del total de les persones hipertenses ateses, el 59,4% han estat amb un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35%, recomanat pel Pla de Salut de Catalunya). D'altra banda, de les persones diabètiques ateses, el 67,7% estan ben controlades, xifra que va millorant i que està per sobre de l'estàndard establert. Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal en població major de 59 anys, els valors han disminuït lleugerament respecte a l'any 2012 en ambdós sexes. Queda palès que cal un esforç de millora per assolir els estàndards establerts per la regió sanitària (60,0%).

L'atenció a les urgències

El model actual d'atenció a les urgències té com a finalitat donar respostes adequades a les demandes d'atenció immediata que abasten situacions de complexitat diferents, des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes banals o que no necessiten una atenció urgent, i es produeixen amb intensitat variable en diferents moments. Aquesta diversificació de situacions requereix també respostes diferents, de manera que s'han dissenyat mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada. Barcelona disposa actualment d'onze centres d'urgència d'atenció primària d'alta tecnologia i un centre d'atenció continuada, a banda que cada centre assistencial atén les urgències que li arriben, a la vegada que realitza la tasca del dia a dia.

Per a la resolució dels casos més complexos es disposa dels recursos hospitalaris que, com els d'atenció primària, estan distribuïts equitativament per tota la ciutat. També hi ha a disposició el 061 CatSalut Respon, el telèfon de salut de Catalunya, que dóna resposta assistencial a les urgències sanitàries i a qualsevol problema de salut les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Ofereix consells sanitaris, activació de recursos

assistencials i, quan és necessari, amb metge a domicili, ambulància amb suport vital avançat –terrestre i aèria– i també suport vital bàsic, consultes sobre medicaments i relacionades amb problemes de salut pública, i informació sobre els serveis i procediments administratius del CatSalut. L'activitat realitzada pels diferents hospitals de la ciutat ha disminuït lleugerament respecte a l'any anterior, s'ha atès un total de 627.296 urgències l'any 2013 (vegeu el quadre 6).

La població que més freqüenta les urgències hospitalàries és la major de 64 anys, amb una taxa de 496 visites per 1.000 habitants/any, després la població pediàtrica, amb 394 visites per 1.000 habitants/any i finalment la població adulta (de 15 a 64 anys) amb una taxa de 276,6 visites per 1.000 habitants/any. La global de la ciutat de Barcelona és de 338 visites, tot i que presenta oscil·lacions en funció de la zona de residència. Així, l'àmbit de Barcelona Esquerra és el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències, i la Barcelona Dreta la que té taxes més elevades de visites; la resta del territori presenta xifres similars.

La demanda urgent ve motivada per diversos motius i un dels indicadors que aporta més informació sobre la gravetat del procés és la necessitat d'ingrés a l'hospital. S'observa que el percentatge més elevat correspon a la gent gran, de més de 65 anys, una quarta part dels quals requereix ingrés hospitalari (24%), mentre que les xifres van disminuint en la població més jove, i són d'un 9% en la població adulta i d'un 6% en la pediàtrica. El global de Barcelona se situa en un 13% d'urgències ingressades.

L'atenció especialitzada hospitalària

Barcelona ciutat disposa d'un important nombre d'hospitals públics per atendre la població resident a la ciutat i també donar assistència

Quadre 6. Activitat d'urgències hospitalàries. Barcelona, 2012-2013.

Urgències hospitalàries ¹	2012	2013
Urgències amb ingrés	81.888	81.325
Urgències sense ingrés	548.031	545.971
Urgències totals	629.919	627.296
061 CatSalut Respon		
Incidents totals ³	438.217	575.870
Activitat²		
Trucades rebudes	390.475	359.545
Trucades consultades	109.425	97.581
Recursos mobilitzats: suport vital avançat	39.529	38.386
Recursos mobilitzats: suport vital bàsic	152.929	145.364
Recursos mobilitzats: atenció continuada domiciliària	34.678	32.575

Font: ¹ Facturació CatSalut. ² Aplicatiu d'Ordenació de Serveis – CatSalut.

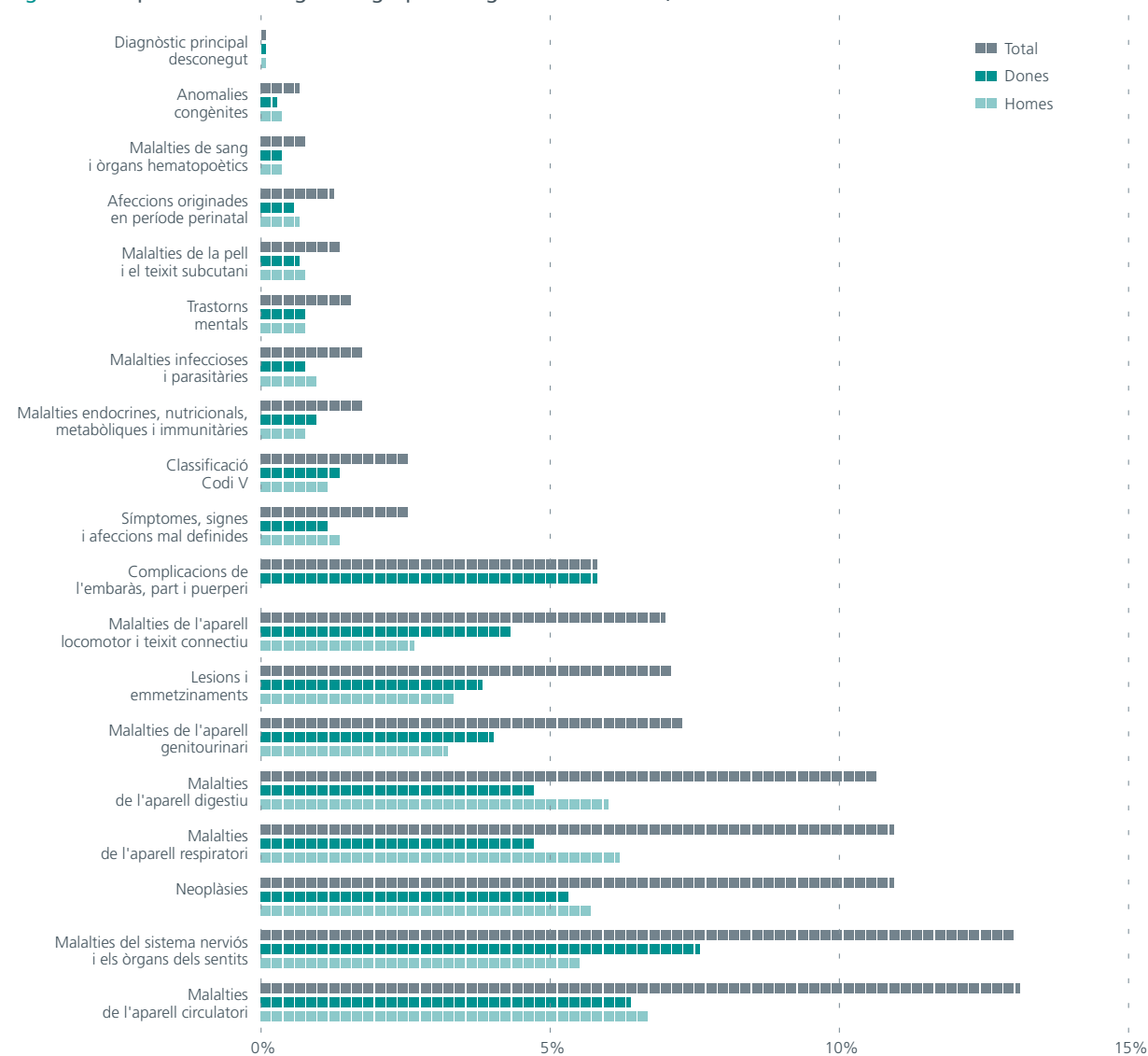
Nota: ³ Incident: situació provocada per una alerta rebuda pel que fa a una situació d'urgència o emergència.

Quadre 7. Activitat de la xarxa d'hospitalització pública. Barcelona 2011-2013.

Any	Total altes	Primeres visites	Visites totals	Urgències	Hospital de dia	Cirurgia menor ambulatoria
2011	196.836	910.141	2.587.922	644.440	308.317	69.716
2012	196.341	916.931	2.569.834	629.919	320.535	65.832
2013	191.026	959.459	2.685.274	627.296	333.900	71.480

Font: Memòries Consorci Sanitari de Barcelona 2011-2013 (CatSalut).

Figura 6. Hospitalitzacions segons el grup de diagnòstic. Barcelona, 2013.



Font: Elaboració pròpia. Consorci Sanitari de Barcelona. Conjunt Mínim Bàsic de Dades – Hospitalització d'aguts 2013. CatSalut.

Nota: Classificació Codi V: classificació suplementària de factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris.

Els serveis sanitaris

34

a gent de fora que requereix atenció d'alta tecnologia, ja que disposa de tres centres dotats de totes les especialitats i els mitjans diagnòstics més avançats. Tots ells tenen en comú una part d'hospitalització, a banda de les consultes externes, servei permanent d'urgències, hospital de dia i altres peculiaritats pròpies de cada centre. L'activitat realitzada l'any 2013 ha estat molt similar a la d'anys anteriors (vegeu el quadre 7, pàgina 33).

La causa d'hospitalització més freqüent en la població de Barcelona són les malalties de l'aparell circulatori, seguides de les del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, les neoplàsies, les malalties de l'aparell respiratori i les de l'aparell digestiu. En el grup de les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, un 68% són intervencions de cataractes, que en la majoria dels casos s'operen per cirurgia major ambulatoria. Quan s'analitzen les dades per sexe, destaquen en els homes les malalties de l'aparell circulatori seguides de les de l'aparell respiratori, mentre que en les dones destaquen les hospitalitzacions per malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, les de l'aparell circulatori i les complicacions de l'embaràs, part i puerperi en tercer lloc (vegeu la figura 6, pàgina 33).

De tots els contactes hospitalaris, el 55% de pacients hi ingressen per realitzar algun procediment quirúrgic. Els més freqüents, exclouent la miscel·lània i els inespecífics, són les operacions de l'aparell digestiu, les oculars i les del sistema musculoesquelètic en els homes.

En les dones destaquen en primer lloc les operacions oculars, les del sistema musculoesquelètic i les intervencions obstètriques.

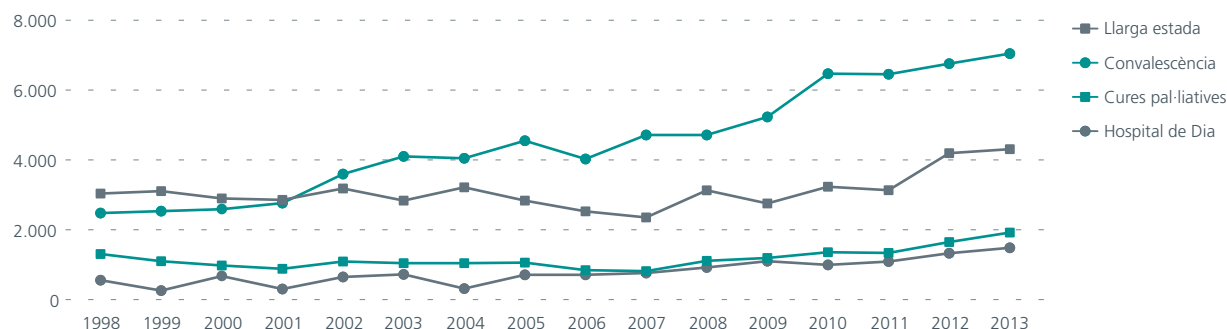
L'activitat global feta l'any 2013 pels hospitals de la ciutat de Barcelona dins del sistema sanitari integrat d'utilització pública de la ciutat de Barcelona ha estat de 191.026 contactes, xifra similar a la dels darrers anys i que inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria. Es tracta de centres de referència i centres d'alta tecnologia, cosa que implica una prestació de serveis altament especialitzada. Això comporta que una quarta part de la població que s'atén sigui de fora de la ciutat, mentre que el percentatge de població resident a Barcelona que acudeix a hospitals de fora de la ciutat és baixa, d'un 6,4%.

En analitzar la població resident a Barcelona s'observa que la meitat de totes les intervencions quirúrgiques s'ha realitzat mitjançant cirurgia major ambulatoria. És una tendència que va en augment i aporta molts avantatges, dels quals destacariem que afavoreix la recuperació de les persones i que aporta un increment cost-efectiu dels resultats de les intervencions realitzades.

L'atenció sociosanitària

Durant l'any 2013 s'han implementat i consolidat les línies estratègiques que emanen del Pla de Salut 2011-2015. Les accions en què es concreten aquestes estratègies han determinat l'adaptació de la xarxa sociosanitària per donar resposta a les necessitats de la ciutadania i del sistema de salut. S'ha desenvolupat una nova línia de servei, l'atenció subaguda, orientada a persones grans fràgils, amb malaltia crònica evolucionada (majoritàriament respiratòria i cardíaca) que pateixen una reagudització o descompensació de la malaltia principal o una complicació que hi està relacionada. L'hospitalització de subaguts és una alternativa a l'hospitalització convencional que ofereix plans terapèutics interdisciplinaris a les necessitats complexes que tenen les persones amb malalties cròniques. Són persones que necessiten una atenció centrada en el pacient que vagi més enllà de la gestió de la malaltia.

Figura 7. Evolució del nombre de persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1998-2013.



Font: conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-SS). CatSalut.

Quadre 8. Ús de la recepta electrònica per línia assistencial. Barcelona, 2013.

	Atenció primària	Hospitals	Salut mental	Atenció a la salut sexual i reproductiva	Atenció continuada i urgent	Atenció sociosanitària
Dreta	92,1	46,8	27,7	38,1	0	23,6
Esquerra	91,5	11,9	0,1	14,8	73,8	0
Litoral	93,8	19,5	54,9	41,2	52,2	26,3
Nord	95,2	78,1	7,1	23,1	90,0	55,6
Total Barcelona	93,1	43,1	22,3	26,1	68,2	35,1

Font: Aparador de dades de prestació farmacèutica del CatSalut.

Altres línies ja existents com la llarga estada i la convalescència també estan en procés de reordenació atesos els canvis que es produeixen en la demanda. En el cas de la convalescència, s'ha produït un increment progressiu de la demanda mentre que en el cas de llarga estada la situació és a la inversa. S'ha atès 4.293 persones en llarga estada, 7.048 de convalescència, 1.911 de cures pal·liatives i 1.456 en hospitals de dia (vegeu la figura 7, pàgina 34). Pel que fa als equips de suport especialitzat, els programes d'atenció domiciliària (PAD) han atès 4.018 persones i han donat 3.090 altes. A les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries de geriatria i pal·liatiu s'ha atès 3.724 i 1.650 persones, respectivament, i s'ha donat l'alta a 3.565 i 1.418 persones.

La prestació farmacèutica

Dades generals sobre la prestació farmacèutica

La disminució en la prescripció en receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2012 ha estat d'un 7,2% en receptes, i s'ha produït un decrement del 9,3% en import (preu de venda públic menys el pagament de la prestació per l'usuari). Els tres subgrups de medicaments que representen un percentatge major en import sobre el total de les especialitats farmacèutiques són els antipsicòtics (6,5%), els inhalatoris adrenèrgics (5,5%) i els antidepressius (5,2%).

Indicadors d'utilització de recepta electrònica

En l'àmbit de l'atenció primària s'ha assolit una implantació del 93,1% en recepta electrònica; la

lenta incorporació de persones a les residències geriàtriques és un dels principals problemes per assolir valors més alts. Pel que fa a la xarxa hospitalària, en dos hospitals de l'AIS Esquerra no es va poder implantar la recepta electrònica. En l'àmbit de la salut mental es va assolir en un 31% als centres que van implementar la recepta electrònica i en un 38% als centres sociosanitaris. Quant als centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva i a l'atenció continuada i urgent, el percentatge d'utilització de la recepta electrònica ha estat d'un 26,1% i un 68,2% respectivament (vegeu el quadre 8).

Medicaments d'ús hospitalari de dispensació ambulatoria

Els medicaments d'ús hospitalari de dispensació ambulatoria (MHDA) són medicaments amb un cost econòmic elevat i amb uns creixements molt importants en els últims anys; gràcies a les mesures endegades s'ha aconseguit contenir aquests creixements interanuals. A més, les grans novetats terapèutiques se situen en els MHDA (sida, oncologia, hepatitis, malalties minoritàries...). Tot això respon a un projecte d'ús racional del medicament englobat en el Pla de Salut, que té, entre altres línies d'actuació, la vessant de gestió i de resultats en salut (curació, control de malalties, recursos...). Quatre grups de medicaments representen el 70,2% de l'import total: són els antiretrovirals, els citoestàtics, els immunosupressors selectius i el grup de medicaments sense classificació específica (resta de MHDA).

Els grups que més han incrementat l'import facturat són el grup de la hepatitis C (3,2 milions d'euros; 66,4%), l'hepatitis B (1,3 milions d'euros; 117,1%) i les immunoglobulines (0,3 milions d'euros; 6,2%). Per contra, els grups que més han disminuït l'import facturat en valor absolut són el grup de resta de MHDA (-7,8 milions d'euros), els antiretrovirals (-3,8 milions d'euros), els citostàtics (-2,4 milions d'euros), l'hormona de creixement (1 milió d'euros) i els immunosupressors selectius (0,9 milions d'euros). L'increment de pacients més significatiu en valor absolut s'observa al grup de resta de MHDA, l'hepatitis B, medicaments estrangers, l'hepatitis C, nutrició enteral i immunosupressors selectius.



El context físic

37

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn familiar, domèstic i escolar

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La pobresa alimentària i l'energètica

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

Les malalties transmissibles

La infecció per VIH/sida

Les hepatitis víriques

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit

Monogràfics

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

Les condicions d'habitatge i barri

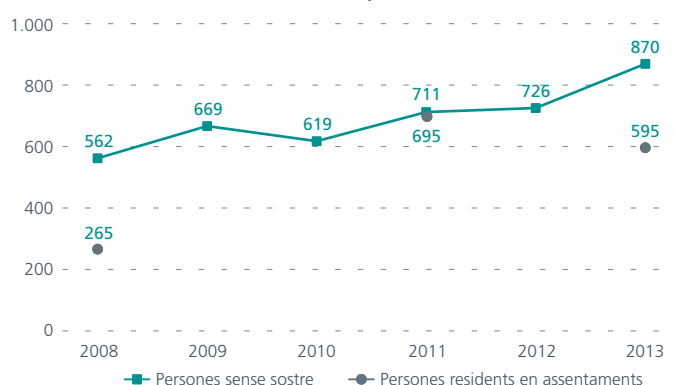
38

Les dificultats econòmiques de les famílies han suposat que, segons dades del Consell General del Poder Judicial, l'any 2013 s'han produït a la ciutat de Barcelona 5.047 procediments judicials lligats al lloguer i 1.920 per execució hipotecària, amb un total de 3.090 llançaments, el 90% derivats de la Llei d'Arrendaments Urbans^d. Es constata doncs l'evolució creixent del nombre de persones sense sostre, fins a arribar a 870 persones dormint al carrer i 595 persones residents en assentaments (vegeu la figura 1). Tot i la problemàtica d'accés a un habitatge digne, segons el Cens de Població i Habitatges de l'any 2011, 88.259 habitatges de la ciutat de Barcelona (el 10,9%) estaven desocupats (vegeu la distribució per districte al quadre 1) i 38.769 (4,8%) no s'utilitzaven com a habitatge principal. Un dels instruments per fer front a les dificultats d'accés a un habitatge és mitjançant l'habitatge de protecció oficial (HPO), tot i que, segons dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, a finals del 2013 només l'1,3% del parc d'habitatges de la ciutat de Barcelona ha estat destinat a HPO de lloguer (10.311 habitatges). Dels 6.430 HPO

finalitzats des de l'any 2008, el 45,4% s'han destinat al lloguer, el 28,3% a venda, el 11,3% a habitatges en dret de superfície i el 15% restant al real·lotjament de famílies afectades per modificacions urbanístiques.

Les persones i famílies residents a Barcelona que volen optar a un HPO s'han d'inscriure al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial de Barcelona. A finals del 2013, hi ha hagut 28.584 inscripcions al Registre, la majoria (el 62,9%) amb uns ingressos familiars de menys de 15.000 euros anuals. Això suposa un total de 51.149 persones si

Figura 1. Evolució del nombre de persones sense sostre i residents en assentaments. Barcelona, 2008-2013.



Font: Equip de Detecció dels Serveis d'Inserció Social (SIS).

^dDades referides a qualsevol tipus d'immoble.

Quadre 1. Indicadors relacionats amb l'habitatge, segons els districtes. Barcelona, 2013.

	Habitatges desocupats o buits ¹		Persones o famílies inscrites al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial de Barcelona ²			Habitatges adjudicats per a emergències socials ²	
	n	%	Nombre d'expedients	Nombre de persones a la unitat familiar	% sobre la població del districte	n	%
Ciutat Vella	8.643	15,5%	2.866	5.950	5,7%	31	14,6%
Eixample	18.586	13,0%	3.519	5.601	2,1%	17	8,0%
Sants-Montjuïc	9.099	10,1%	3.029	5.737	3,1%	29	13,6%
Les Corts	6.522	14,7%	850	1.243	1,5%	3	1,4%
Sarrià – Sant Gervasi	12.007	16,1%	1.056	1.495	1,0%	6	2,8%
Gràcia	4.757	7,3%	2.127	3.214	2,6%	7	3,3%
Horta-Guinardó	4.762	6,1%	3.402	6.112	3,6%	24	11,3%
Nou Barris	6.816	8,8%	3.690	7.342	4,4%	37	17,4%
Sant Andreu	6.242	8,9%	3.133	5.635	3,8%	18	8,5%
Sant Martí	10.824	9,7%	4.912	8.820	3,8%	41	19,2%
Barcelona	88.259	10,9%	28.584	51.149	3,2%	213	100%

Fonts: ¹Cens de Població i Habitatges 2011. Instituto Nacional de Estadística. ²Memòria del Consorci de l'Habitatge de Barcelona, 2013.

se sumen tots els membres de la unitat familiar, que constitueixen el 3,2% de la població de la ciutat, amb els percentatges més elevats a Ciutat Vella, Sant Andreu i Sant Martí i els més baixos a Sarrià – Sant Gervasi i Les Corts (vegeu el quadre 1, pàgina 38).

Entre les ajudes per donar resposta a la dificultat d'accés a un habitatge, durant l'any 2013 s'ha iniciat el procés d'adjudicació de 396 HPO (59,6% de lloguer i 40,4% en dret de superfície). També s'han adjudicat 213 habitatges per a emergències socials (persones amb data de llançament per impagament d'hipoteca o lloguer), la majoria per a persones residents a Sant Martí, Nou Barris, Ciutat Vella i Sants-Montjuïc (vegeu el quadre 1, pàgina

38). Pel que fa a les ajudes al pagament del lloguer, si restem la renda bàsica d'emancipació (RBE), la normativa de la qual va ser derogada a finals de l'any 2011, l'any 2013 s'han concedit un total de 4.892 ajudes al lloguer. Si s'analitza l'evolució en el temps d'aquestes ajudes, s'observa una reducció de l'11,6% respecte a l'any anterior, reducció que ja es va observant des de l'any 2010, quan es van concedir 7.397 ajudes.

En referència a les ajudes a la rehabilitació d'edificis, segons dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, l'any 2013 un total de 306 edificis (4.501 habitatges) han rebut 8 milions d'euros de subvenció pública per a la rehabilitació (instal·lació d'ascensors i altres ajudes). Això ha suposat una reducció del 61,6% respecte a l'any anterior en el nombre d'habitatges beneficiats i del 57,5% de la subvenció pública, consolidant així la tendència a la reducció dels ajuts a la rehabilitació a la ciutat de Barcelona, que també es va produint des de l'any 2010 (any en què es van destinar 34 milions d'euros a ajuts per a 38.061 habitatges).

La seguretat alimentària

La vigilància i el control d'aliments i establiments alimentaris es porta a terme mitjançant inspeccions sanitàries, auditories dels sistemes d'anàlisi de perills i punts crítics de control i presa de mostres d'aliments.

El tipus d'actuació de control oficial més habitual és la inspecció sanitària. S'estableixen inspeccions periòdiques amb freqüències determinades en funció del risc per supervisar les condicions estructurals, els equips, la higiene, les pràctiques de producció i de manipulació dels aliments, els productes i el seu etiquetatge. Les inspeccions també poden estar motivades per intervencions concretes: investigació d'alertes alimentàries, brots de toxiinfeccions alimentàries, denúncies, irregularitats, tramitació al Registre Sanitari o per l'expedició de certificats per a l'exportació.

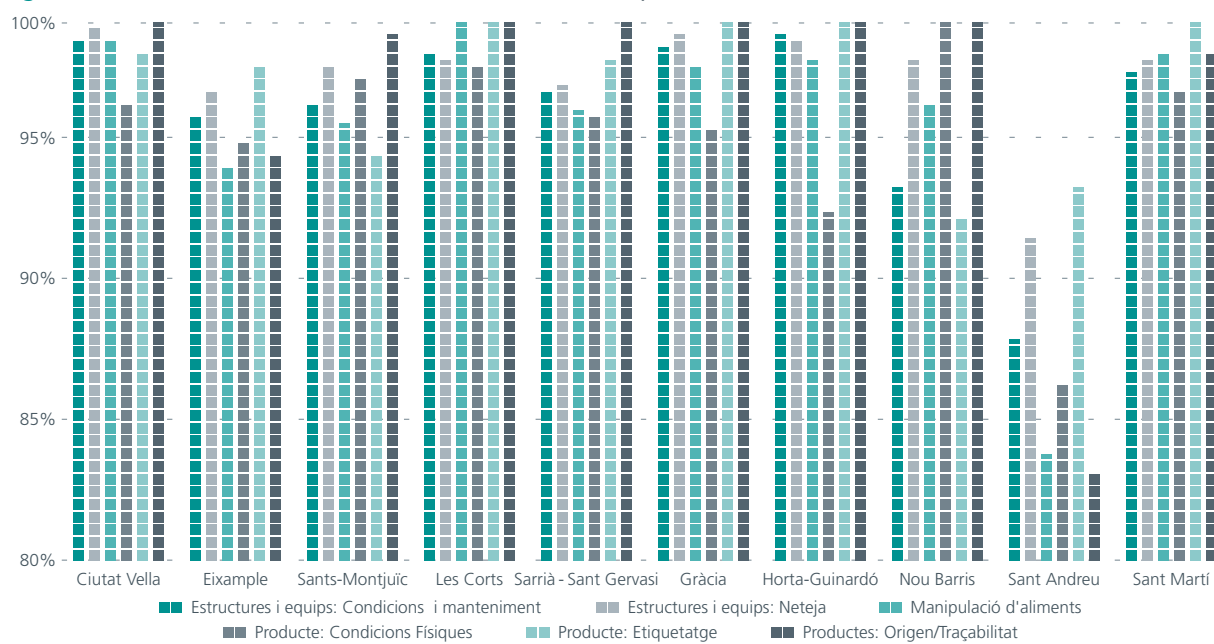
L'any 2013 s'ha realitzat un total de 5.618 inspeccions a establiments alimentaris, 40 auditories d'anàlisi de perills i punts crítics de control i 435 mostres prospectives d'aliments dins del programa de vigilància, amb un total de 2.712 determinacions i 743 mostres d'aliments per a altres actuacions de vigilància. A l'escorxador i als mercats centrals de Mercabarna hi ha una inspecció contínua, amb presència permanent dels serveis d'inspecció sanitària.

El resultat de les inspeccions és conforme si no hi ha deficiències o si existeixen deficiències lleus que no impliquen risc per a la salut dels consumidors. Totes les deficiències, malgrat que siguin lleus, impliquen sempre mesures de correcció amb seguiment i, si no es corregeixen, es consideren deficiències greus per reincidència. D'altra banda, el resultat és no conforme quan es detecten deficiències greus o greus per reincidència.

Els resultats de les inspeccions indiquen un grau de conformitat general del 97,1%, encara que varia segons l'aspecte considerat. La conformitat

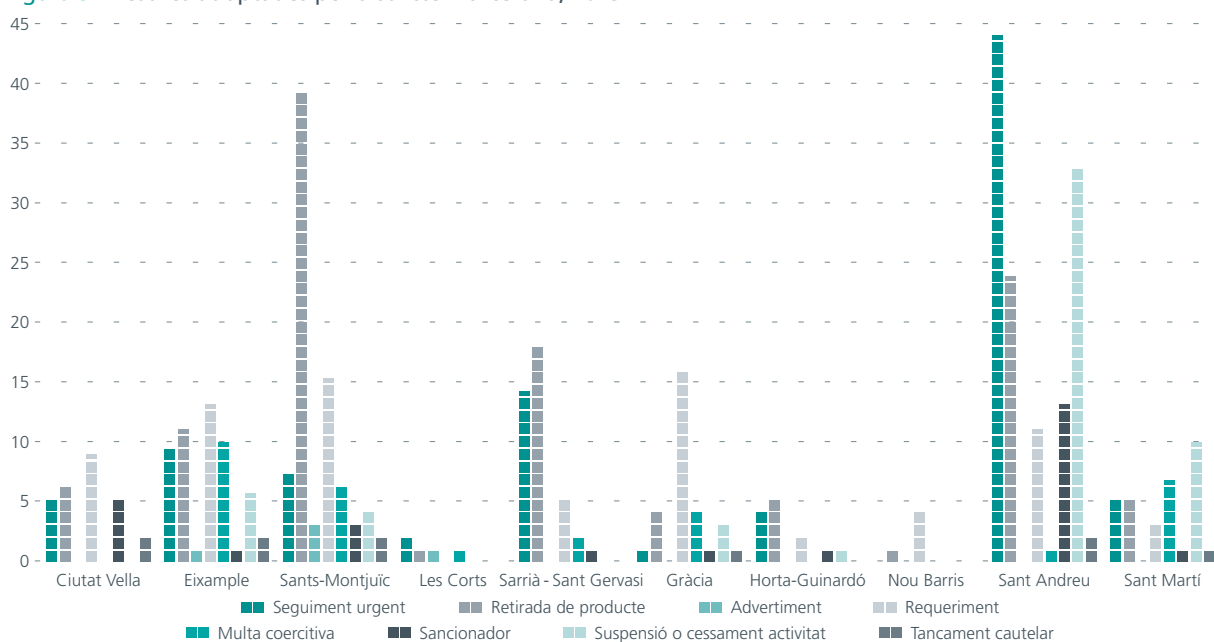
La seguretat alimentària

Figura 2. Grau de conformitat dels establiments alimentaris per districte. Barcelona, 2013.



Font: Sistema d'Informació en Control Alimentari (SICAL). Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Mesures adoptades per districte. Barcelona, 2013.



Font: Sistema d'Informació en Control Alimentari (SICAL). Agència de Salut Pública de Barcelona.

en els establiments alimentaris és del 97% per a les condicions estructurals i de manteniment, del 97,5% per a la neteja i del 96,0% per a la manipulació i el processament dels aliments. La conformitat dels aliments és d'un 96,7% per a les seves condicions tecnicosanitàries, del 98,7% respecte al seu origen i traçabilitat i només el 3,3% manifesten alguna no conformitat en l'etiquetatge.

A la figura 2 (pàgina 40) es representa el grau de conformitat per districte. La col·laboració intensa de la Guàrdia Urbana al districte de Sant Andreu ha permès detectar més establiments amb deficiències greus, per aquest motiu el nivell de conformitat en aquest districte és inferior. També

és el districte on s'han adoptat més mesures cautelars (vegeu la figura 3, pàgina 40). Les inspeccions amb resultat no conforme han donat lloc a les mesures següents: 114 retirades d'aliments del mercat, 91 casos de vigilància extrema amb seguiment urgent fins a la correcció de la no conformitat, 5 advertiments, 78 requeriments, 57 suspensions d'activitat, 31 multes coercitives, 26 expedients sancionadors i 10 tancaments cautelars d'establiments.

Els sectors de l'alimentació que obtenen resultats menys favorables a les inspeccions són la restauració comercial i els establiments de comerç minorista, encara que el seu nivell de conformitat és superior al 90%. Obtenen majors percentatges de conformitat les indústries alimentàries, amb un 98,3%; els menjadors d'hospitals, amb el 98,4%; els menjadors escolars, amb el 99,6%, i els de residències de gent gran en què el percentatge de conformitat arriba fins al 99,7%.

La qualitat de l'aire

Durant l'any 2013 cal destacar que s'ha produït una millora global dels nivells de qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona. Dels diferents valors límit o objectiu establerts a la Directiva 2008/50/CE i al RD 102/2011 per a 12 contaminants atmosfèrics, només s'ha superat a la ciutat el valor límit de la mitjana anual de NO_2 ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) en les estacions de mesurament orientades al trànsit molt intens. Tanmateix, en aquesta avaluació caldrà considerar la importància de les condicions meteorològiques favorables de dispersió d'aquest any 2013, fet que pot incidir en un increment dels nivells d'alguns dels contaminants en els propers anys.

Respecte als nivells anuals de partícules PM_{10} , se n'ha detectat una reducció molt significativa respecte a l'any anterior, de fins al 33,6% a l'estació de Sants i del 22,6% en el global d'estacions. Els

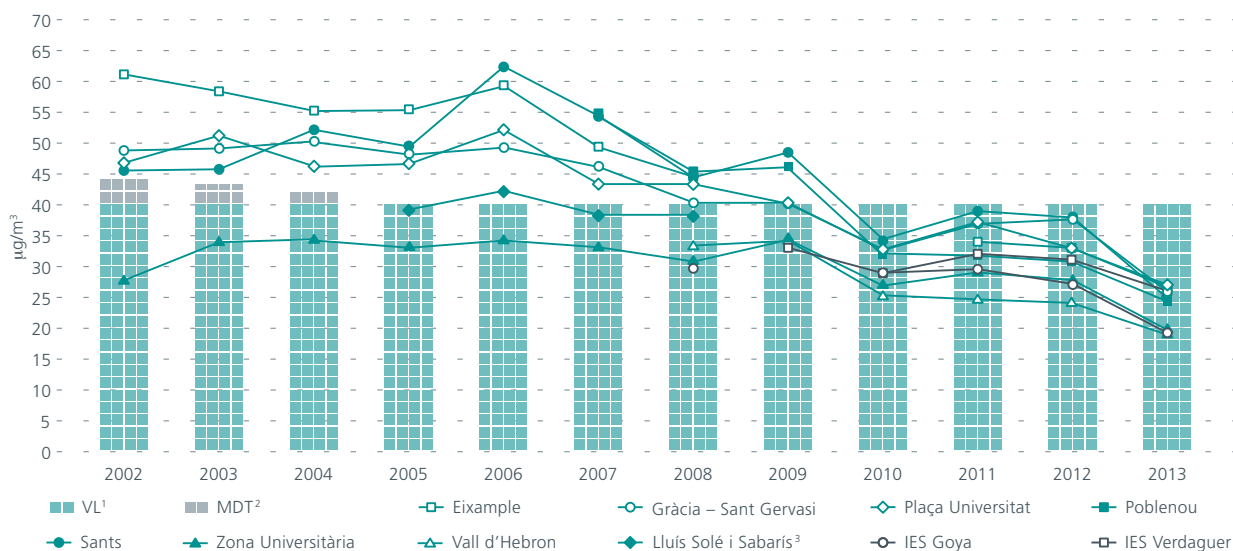
nivells a la ciutat se situen entre els $19 \mu\text{g}/\text{m}^3$ a l'estació de fons urbà de la Vall d'Hebron i els $27 \mu\text{g}/\text{m}^3$ a les estacions de trànsit molt intens de Plaça Universitat i l'Eixample (vegeu la figura 4, pàgina 42). Aquesta reducció també ha estat evident en el nombre de superacions del valor límit diari, ja que, per primera vegada a la ciutat des de l'inici dels mesuraments de les partícules PM_{10} l'any 2002, es compleix aquest valor límit a totes les estacions. Finalment cal afegir que els nivells anuals i el percentil 90,4, establert com a valor límit diari, s'han reduït a l'entorn de la meitat durant el període 2006-2013. Aquest descens ha estat més clar en les estacions orientades al trànsit, amb reduccions de fins al 54,3% en els nivells anuals a l'estació de l'Eixample i del 61,3% en el percentil 90,4 a l'estació de Sants.

Pel que fa al NO_2 s'ha produït també un descens significatiu i general dels seus nivells anuals, i s'ha acomplert el valor límit anual a totes les estacions de fons urbà (Vall d'Hebron i Parc de la Ciutadella) i de trànsit moderat (Poblenou, Sants i Palau Reial) de la ciutat. Tanmateix, es continua superant aquest valor límit ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) a les estacions orien-

La qualitat de l'aire

42

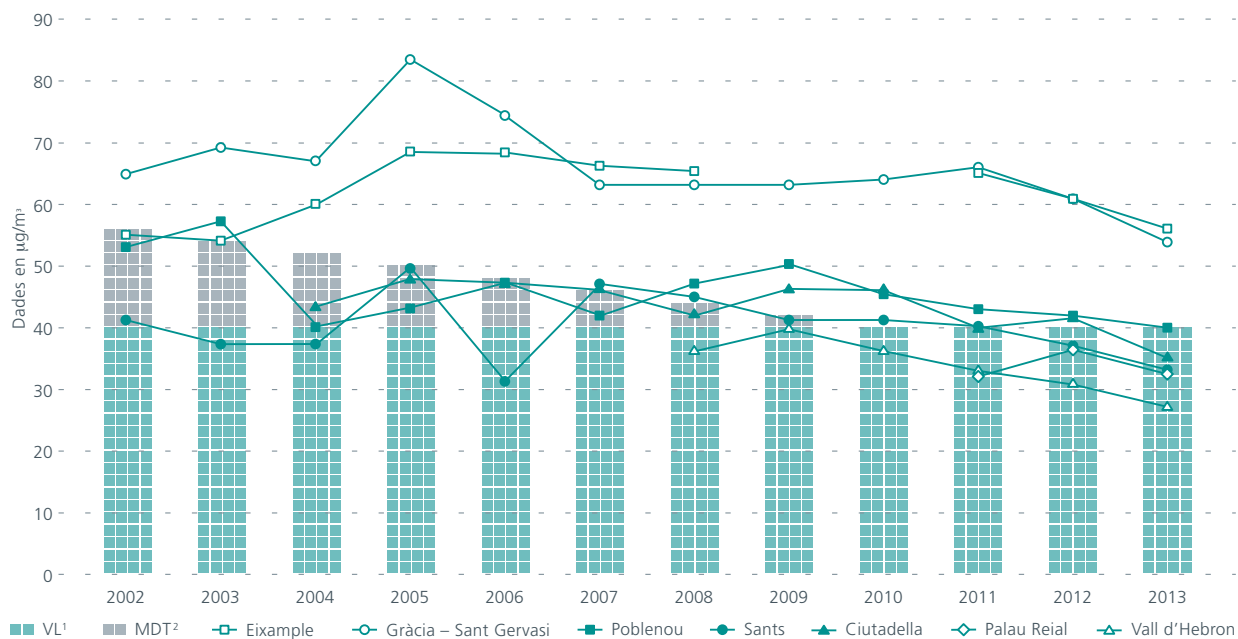
Figura 4. Evolució de la mitjana anual de partícules PM_{10} per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2013.



Font: Direcció de Vigilància i Control Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Valor límit (VL) = 40 $\mu g/m^3$. ²MDT (marge de tolerància). ³L'estació Lluís Solé i Sabarís va canviar l'any 2009 de mètode d'anàlisi i la seva ubicació, i actualment està ubicada a l'estació de Palau Reial.

Figura 5. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO_2) per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2013.



Font: Direcció de Vigilància i Control Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Valor límit (VL) = 40 $\mu g/m^3$. ²MDT (marge de tolerància).

tades al trànsit molt intens de l'Eixample (56 µg/m³) i de Gràcia – Sant Gervasi (54 µg/m³) (vegeu la figura 5, pàgina 42). Seguint la tendència dels nivells anuals, s'ha produït també un descens del nombre de superacions del valor límit horari (200 µg/m³) respecte a l'any anterior. Cal destacar que les 5 superacions horàries de l'any 2013 es van detectar en aquestes estacions de trànsit molt intens durant el mateix dia de l'any (04/12/2013).

Pel que fa a la resta de contaminants es continuen complint els valors límit corresponents o valors objectiu establerts al Reial Decret 102/2011 per als gasos (CO, SO₂ i O₃), metalls (Cd, Ni, As i Pb), els hidrocarburs aromàtics policíclics (benzo[a]pirè), els compostos orgànics volàtils (benzè) i les partícules fines (PM_{2,5}). D'aquest darrer contaminant, seguint la tendència de les partícules PM₁₀, se'n detecta un descens significatiu dels nivells anuals de fins al 25,9% a l'estació de Poblenou, i es compleix, fins i tot, el valor límit anual previst per a l'any 2020 a totes les estacions de la ciutat.

La qualitat de l'aigua

La qualitat sanitària de l'aigua de consum humà de Barcelona

En el marc del programa de vigilància sanitària¹ del 2013, l'ASPB ha recollit 16 mostres a fonts públiques i boques de reg de la ciutat per determinar un total de 1.552 paràmetres. Al quadre 2 (pàgina 44) es mostra una selecció dels resultats dels últims quatre anys (període 2010-2013, 64 mostres), classificats segons les tres zones d'abastament de Barcelona².

¹ Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà de Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública; 2005.

² La qualitat sanitària de l'aigua de consum humà a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2012. www.aspb.cat.

³ Reial Decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà. BOE, núm. 45, 21/02/2003.

El compliment dels límits legals³ per als paràmetres microbiològics (vegeu el quadre 2, pàgina 44) és essencial per garantir la innocuïtat i la qualitat microbiològica de l'aigua subministrada. S'aconsegueix gràcies al procés de desinfecció realitzat a les plantes potabilitzadores i a la concentració de desinfectant residual (clor lliure residual) que conté l'aigua. Els paràmetres fisicoquímics també mostren el compliment de la normativa sanitària, inclosa la concentració total de trihalometans que en anys anteriors s'ha mostrat molt propera o puntualment superior al límit màxim. Tanmateix, s'observa alguna superació de la concentració de clorurs a la zona B tot i que aquest paràmetre és només indicador i no determina l'aptitud de l'aigua per al consum³. Determinats paràmetres (clorurs, conductivitat, sulfats i sodi) mostren diferències significatives de concentracions en funció de si l'aigua prové de la conca hidrogràfica del riu Llobregat (zona B) o del Ter (zona E) (vegeu el quadre 2, pàgina 44) ($p < 0.05$)².

El control a l'aixeta del consumidor

L'ASPB, com a autoritat municipal competent, ha recollit mostres en un total de 242 aixetes domiciliàries dins de 175 edificis durant el 2013, tant en escoles i centres educatius (47% controls) com en habitatges particulars (52%). El nombre de controls que es realitzen als habitatges

La qualitat de l'aigua

44

particulars continua l'increment que es va detectar al 2012 (44%) respecte a anys previs (<15%).

En el 77% dels controls els resultats són inferiors als límits establerts a la normativa³. Tanmateix, l'ASPB ha realitzat un total de 61 reinspeccions amb recollida de mostres a causa d'incidències. Idènticament a anys anteriors, la incidència més freqüent (7% dels edificis mostrejats, vegeu la figura 6, pàgina 45) és l'excés de plom a l'aigua a causa de la cessió per les canonades de la instal·lació interna. Aquest percentatge, però, no s'ha de considerar representatiu de la totalitat de la ciutat ja que una part important dels edificis s'han mostreat per sol·licitud (36%) i presenten més incidències (24%) que els edificis mostrejats d'ofici (0% incidències). En el moment que es detecta un excés de plom en un habitatge,

l'ASPB investiga preventivament la resta d'habitatges/locals de l'edifici per comprovar si existeixen més incompliments ja que sovint la incidència afecta les canonades comunitàries (13 edificis investigats durant el 2013). D'altra banda, s'han realitzat també diverses inspeccions per sol·licitud en finques on existeixen dipòsits interns de distribució de l'aigua per verificar que les condicions higienicosanitàries de manteniment eren adequades. L'existència de dipòsits interns de distribució, normalment situats als terrats de les finques, encara és força freqüent als edificis antics de Barcelona.

També s'han trobat incidències associades a l'estancament excessiu de l'aigua en instal·lacions on sovint existeixen dipòsits interns (clor lliure residual insuficient, 5% dels edificis mostrejats (vegeu la figura 6, pàgina 45) i a la manca de manteniment i neteja de les instal·lacions interiors (bacteris coliformes > 0 UFC/100 ml, 5% dels edificis mostrejats). Tanmateix, aquestes incidències solen ser degudes a situacions puntuals que no es confirmen en la reinspecció (< 2% dels edificis). En el 4% dels edificis es va observar un excés de níquel en alguna

Quadre 2. Resultats per una selecció de paràmetres analitzats a les 64 mostres recollides en el marc del programa de vigilància sanitària de la qualitat de l'aigua. Barcelona, 2010-2013.

Paràmetres	Valor paramètric (RD 140/2003)	Concentracions (mínim – màxim) mediana		
		ZONA B (n = 16)	ZONA E (n = 14)	ZONA D (n = 34)
Amoni (mg/l)	0,50	< 0,10	< 0,10	< 0,10
Bacteris coliformes (UFC / 100 ml)	0	<1	<1	<1
Benzè (µg/l)	1,0	< 0,5	< 0,5	< 0,5
Benzo[a]pirè (µg/l)	0,010	< 0,005	< 0,005	< 0,005
Clor lliure residual (mg/l)	0,2 / 1,0	(0,1 – 0,8) 0,6	(0,2 – 0,9) 0,6	(0,1 – 0,9) 0,6
Clorurs (mg/l)	250	(85 – 265) 182	(22 – 47) 25	(18 – 264) 93
<i>Clostridium perfringens</i> (UFC / 100 ml)	0	<1	<1	<1
Conductivitat (µS/cm a 20 °C)	2.500	(760 – 1408) 1112	(338 – 463) 401	(333 – 1412) 715
1,2- Dicloroetà (µg/l)	3,0	<1	<1	<1
<i>Escherichia coli</i> (UFC/100 ml)	0	<1	<1	<1
Enterococ (UFC/100 ml)	0	<1	<1	<1
Nitrat (mg/l)	50	(5 – 12) 8	(< 4 – 9) 7	(< 4 – 12) 7
Nitrits (mg/l)	0,5	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Plaguicida individual (µg/l)	0,10	< 0,02	< 0,02	< 0,02
Plom (µg/l)	10	< 1	< 1	< 1
Tricloroetà + tetracloroetà (µg/l)	10	< 4	< 4	< 4
Trihalometans (µg/l)	100	(17 – 97) 50	(35 – 98) 64	(24 – 96) 50
Sodi (mg/l)	200	(46 – 151) 116	(15 – 32) 17	(14 – 151) 54
Sulfat (mg/l)	250	(75 – 177) 112	(34 – 55) 44	(33 – 177) 74

Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: Origen majoritari de l'aigua

Zona B: Llobregat

Zona E: Ter

Zona D: Llobregat + Ter

Distribució geogràfica

Part del Districte de Sants-Montjuïc (~ 4% consum 2013)

Part dels Districtes de Nou Barris i Sant Andreu (~ 8% consum 2013)

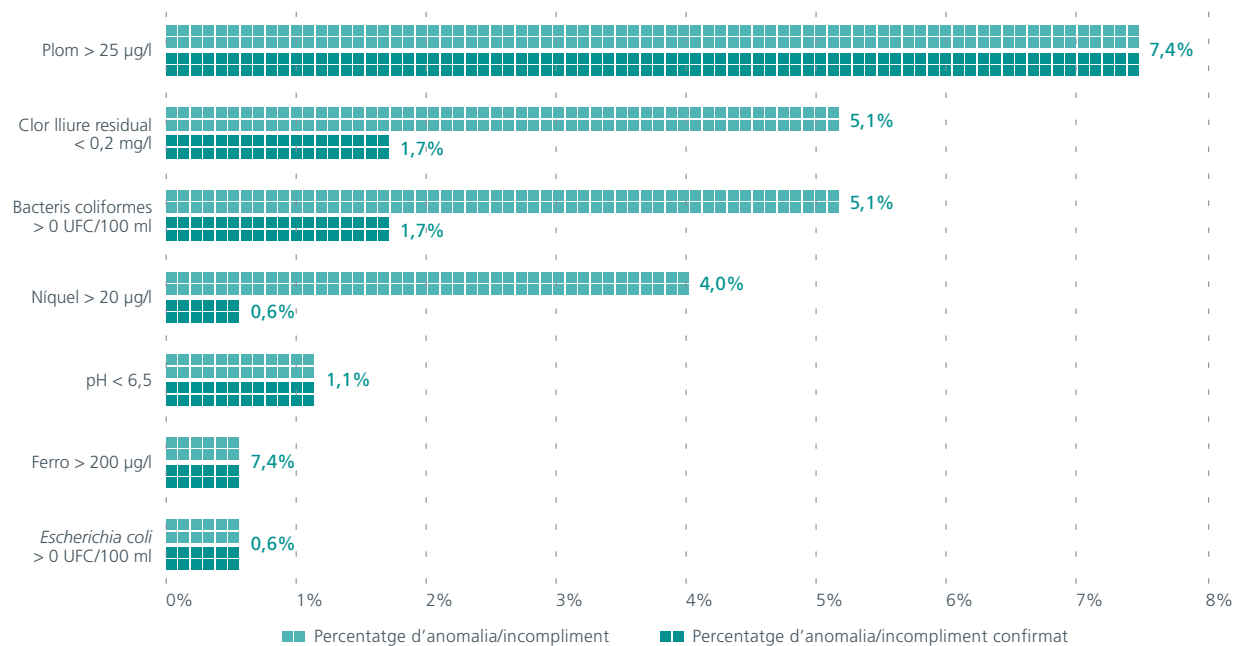
Reste de la ciutat (~ 87% consum 2013)

de les aixetes però aquesta incidència només va ser confirmada en el 0,6% dels edificis. La resta d'incidències són poc freqüents (< 1%) (vegeu la figura 6).

En el cas d'incompliments confirmats, l'ASPB inicia una intervenció i un seguiment fins a la

resolució. S'ha emès un total de 14 requeriments sanitaris durant el 2013 dirigits als titulars d'activitats comercials o públiques (inclosos els habitatges de lloguer). La majoria dels requeriments són deguts a incompliments per plom (92%) tot i que també s'han emès requeriments deguts a deficiències sanitàries detectades als dipòsits interns (28%) i altres incompliments (14%, incompliments microbiològics i per níquel). El percentatge actual de correcció és del 50%.

Figura 6. Percentatge d'anomalies o incompliments dels valors paramètrics establerts al Reial Decret 140/2003 i percentatge de confirmació respecte al total dels edificis on s'han recollit mostres a les aixetes domiciliàries. Barcelona, 2013.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: Els paràmetres sense representació a la figura corresponen a un 0% d'incidències trobades. Sense incidències amb: Amoni > 0,5 mg/l, Color > 15 mg/l Pt/Co, Conductivitat > 2.500 µS/cm, Crom > 50 µg/l, clor lliure residual > 1 mg/l; coure > 2 mg/l; olor > 3 índex de dilució; pH > 9,5; sabor > 3 índex de dilució i terbolesa > 5 UNF.



OFFERTA
PRESSECO

QUILOS
VANILLA

1,99



CONJUNTO CASOLANO
CASA DE LA MAMA

MADEIRA DE BONTINA

Els comportaments relacionats amb la salut

47

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn familiar, domèstic i escolar

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La pobresa alimentària i l'energètica

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

Les malalties transmissibles

La infecció per VIH/sida

Les hepatitis víriques

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit

Monogràfics

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

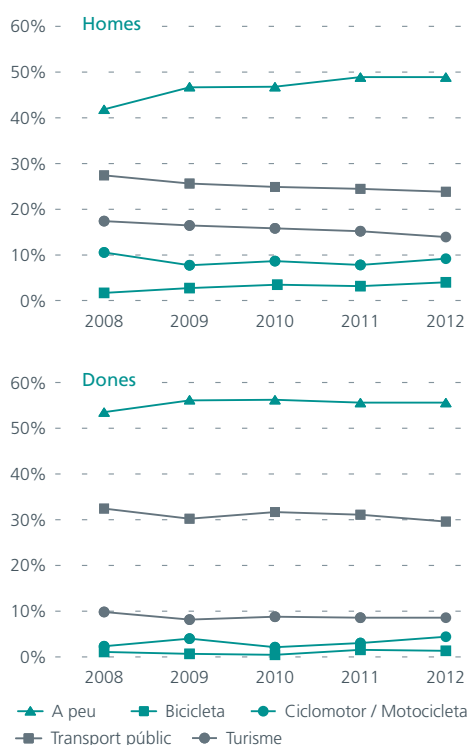
Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

La mobilitat

48

Segons les dades de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona, realitzada anualment per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2013 els homes majors de 15 anys residents a la ciutat van realitzar 2.319.327 desplaçaments i les dones 2.962.168 (d'una població de 623.276 homes i 781.892 dones majors de 15 anys). Com que cada desplaçament pot estar format per diverses etapes definides pel mode de transport usat, els homes van realitzar 2.570.446 etapes de desplaçament i les dones 3.301.947. Els modes de transport més usats a la ciutat són a peu i el transport públic. Els homes van realitzar el 47,6% de les etapes de desplaçament a peu i el 25,9% en transport públic.

Figura 1. Percentatge d'ús dels diferents modes de transport pels residents de Barcelona majors de 15 anys. Etapes de desplaçament. Barcelona, 2009-2013.



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner (EMEF) és una estadística de periodicitat anual promoguda per l'Autoritat del Transport Metropolità (ATM), l'Ajuntament de Barcelona i l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB).

Nota: Cada desplaçament pot estar format per diverses etapes definides pel mode de transport usat, de manera que quan parlem d'etapes de desplaçament, per exemple en bicicleta, ens referim a desplaçaments amb almenys una etapa en bicicleta. Els percentatges representen, del total d'etapes de desplaçament, quina proporció es realitza en cada mode de transport.

blic, aquests modes de transport van ser més freqüents en les dones, el 53,2% i el 33,1%, respectivament. Els homes van utilitzar més el transport motoritzat privat que les dones (13,3% i 8,2% el turisme i 8,8% i 4,3% el ciclomotor o la motocicleta), així com la bicicleta (4,0% i 1,3%).

L'ús dels diferents modes de transport en dia feiner pels residents a Barcelona majors de 15 anys ha variat al llarg dels anys. En homes i dones, del 2009 al 2011 va augmentar l'ús del caminar com a mode de transport i en canvi va disminuir l'ús del transport públic i del turisme. En el cas de la motocicleta o el ciclomotor, entre 2009-2013, el seu ús es va reduir lleugerament en homes i en canvi va augmentar en dones. L'ús de la bicicleta va augmentar en homes (de l'1,8% al 4,1%) i es va mantenir

Quadre 1. Descripció dels residents a Barcelona majors de 15 anys usuaris de bicicleta i de la seva mobilitat en bicicleta en dia feiner. Barcelona, 2013.

Usuaris de bicicleta	Homes		Dones	
	N	%	N	%
Total	43.266	100,0%	20.250	100,0%
Edat				
De 16 a 24 anys	12.742	29,5%	3.425	16,9%
De 25 a 44 anys	21.153	48,9%	14.475	71,5%
De 45 a 64 anys	8.601	19,9%	2.350	11,6%
64 anys i més	770	1,8%	0	
Nivell d'estudis¹				
Primaris	7.431	17,2%	771	3,8%
Secundaris	15.254	35,3%	3.590	17,7%
Estudis superiors	20.581	47,6%	15.888	78,5%
Situació professional				
Actiu ocupat	28.782	66,5%	17.469	86,3%
Actiu en atur	6.186	14,3%	2.378	11,7%
Jubilat/pensionista/prejubilat	1.826	4,2%	0	
Estudiant	6.471	15,0%	402	2,0%
Etapes de desplaçament en bicicleta²				
Total	99.337	100,0%	42.573	100,0%
Motiu				
Ocupacional	51.894	52,2%	18.267	42,9%
Personal	47.443	47,8%	24.305	57,1%
Tipus				
Intern	92.092	92,7%	38.206	89,7%
Connexió	7.245	7,3%	4.366	10,3%
Horari				
Diürn	75.771	76,3%	36.377	85,4%
Nocturn	23.566	23,7%	6.195	14,6%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner (EMEF) és una estadística de periodicitat anual promoguda per l'Autoritat del Transport Metropolità (ATM), l'Ajuntament de Barcelona i l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB).

Notes: ¹ Primaris: EGB, comerç, batxiller elemental, ESO. Secundaris: FP, BUP, COU, PREU, batxillerat actual. Estudis superiors: estudis universitaris, cicles formatius de grau superior.

² Cada desplaçament pot estar format per diverses etapes definides pel mode de transport usat, de manera que quan parlem d'etapes de desplaçament en bicicleta ens referim a desplaçaments amb almenys una etapa en bicicleta.

en dones (de l'1,3% a l'1,4%). Cal destacar, que tot i que l'ús de la bicicleta és major en homes que en dones, en els homes en els anys 2012-2013 ha augmentat un 17% i en canvi en les dones un 100% (vegeu la figura 1, pàgina 48).

Segons les dades de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona del 2013, els residents a Barcelona majors de 15 anys usuaris de bicicleta són majoritàriament homes (68%), de 25 a 44 anys (56%), amb estudis superiors (57%) i actius

ocupats (73%). En les dones, respecte als homes, hi ha una proporció menor de joves de 16 a 24 anys i de majors de 44 anys, de dones amb estudis primaris o secundaris i de dones a l'atur i estudiants. En els homes, la majoria de les etapes de desplaçament en bicicleta són per motius relacionats amb el treball (52,2%) i, en canvi, en les dones són per motius relacionats amb la família i la llar (57,1%). Tant en homes com en dones, la majoria dels desplaçaments en bicicleta són interns, amb origen i destí Barcelona (92,7% en homes i 89,7% en dones), i realitzats en horari diürn (76,3% en homes i 85,4% en dones). Els desplaçaments en bicicleta en horari nocturn són més freqüents en homes que en dones (23,7% i 14,6%) (vegeu el quadre 1, pàgina 48).

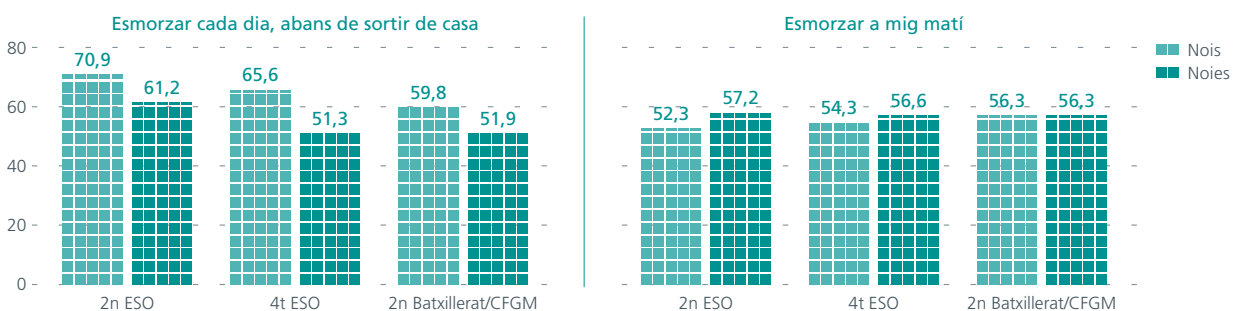
L'alimentació saludable

En edicions anteriors de l'Informe ja s'havia destacat la importància de l'hàbit de l'esmorzar en la població infantil i juvenil per la seva relació amb l'excés de pes¹. A la figura 2 es pot apreciar que segons dades de l'Enquesta FRESC del 2012 adreçada a adolescents de la ciutat de Barcelona, els nois esmorzen amb més freqüència que les noies abans de sortir de casa. Aquest hàbit decreix en ambdós sexes a mesura que avança l'escolaritat. En concret, entre els nois, un 70,9% de segon d'ESO, un 65,6% de quart d'ESO i un 59,8% de segon de batxillerat/GFMG enfront del 61,2%, el 51,3% i el 51,9%, respectivament, de les noies, esmorzen cada dia abans de sortir

de casa. D'altra banda, entre el 50% i el 60%, sense diferències significatives per sexe ni per cursos, declara que esmorza a mig matí. Finalment, les dades de l'enquesta també revelen que, entre els nois, el 10,1% d'escolars de segon d'ESO, el 13,6% de quart d'ESO i el 19,5% de segon de batxillerat no esmorzen cap dia abans de sortir de casa. Els valors encara són més alts, 19,7%, 22,6% i 25,4%, respectivament, entre les noies. Tots aquests valors són semblants o lleugerament superiors als identificats en l'Enquesta FRESC anterior, realitzada el 2008.

¹Deshmukh-Taskar PR, Nicklas TA, O'Neil CE, Keast DR, Radcliffe JD, Cho S. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006. J Am Diet Assoc. 2010; 110:869-78.

Figura 2. Esmorzar cada dia, abans de sortir de casa i a mig matí, per curs escolar i sexe. Barcelona, 2012.



Font: Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (FRESC) 2012. Agència de Salut Pública de Barcelona.



CELONA: 100 ANS D'ACCIDENTS EN ACCIDENTS
RTS EN EN ACCIDENTS
RÀNSIT ANA VA A PEU
ATENCIÓ: TOTES COM UNITATS

La salut

51

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn familiar, domèstic i escolar

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La pobresa alimentària i l'energètica

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

Les malalties transmissibles

La infecció per VIH/sida

Les hepatitis víriques

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit

Monogràfics

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

L'esperança de vida i la mortalitat

52

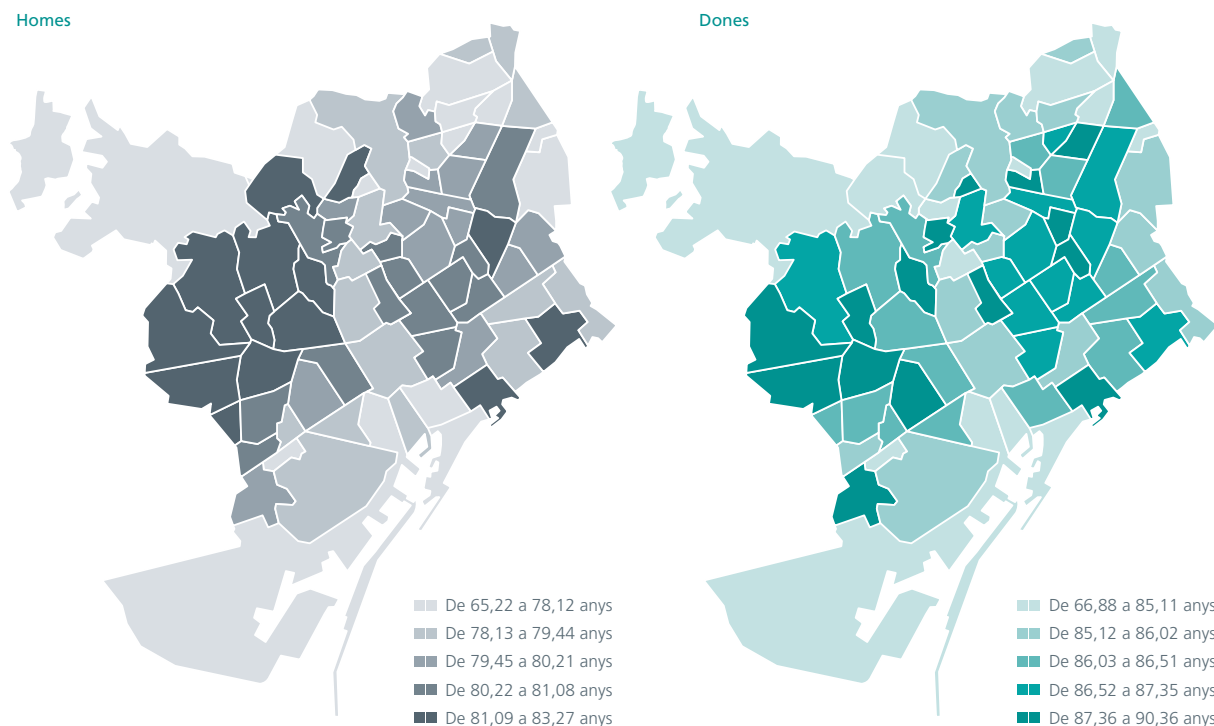
En general, la mortalitat a Barcelona segueix una tendència positiva, malgrat que els darrers anys amb la crisi econòmica alguns indicadors han interromput aquesta tendència i la majoria resten estables o, en algun cas, han empitjorat, com és el cas de l'esperança de vida, que l'any 2012 ha experimentat un lleuger descens respecte a l'any anterior, de 80 anys el 2011 a 79,9 anys en homes el 2012, i de 86,2 anys a 85,7 anys en dones. D'altra banda, existeix evidència de l'existència de desigualtats en la mortalitat a la ciutat de Barcelona, segons la situació socioeconòmica i l'àrea de residència, de manera que les persones de nivell socioeconòmic baix i residents en àrees amb més privació socioeconòmica presenten més risc de mortalitat. Segons algunes dades disponibles, aquestes desigualtats persisteixen¹ i en algun cas tendeixen a augmentar els darrers anys.

A continuació es mostra la distribució de l'esperança de vida en néixer, en homes i dones,

durant el període 2008-2012, als barris, districtes i en el global de la ciutat de Barcelona (vegeu la figura 1). L'esperança de vida a Barcelona, per aquest període, es va situar en 79,6 anys en els homes, tanmateix, varia segons els districtes de la ciutat; va ser més baixa en els homes de Ciutat Vella i de Nou Barris (76,5 i 78,7 anys, respectivament) i, per contra, va ser superior a Les Corts i a Sarrià – Sant Gervasi (81,8 i 81,4 anys, respectivament). No obstant això, dins dels districtes també existeixen diferències notables en l'esperança de vida entre els diferents barris. Així, per exemple, destaca Nou Barris amb una variació d'aproximadament 10 anys entre els barris amb menys i més esperança de vida. En aquest sentit, destaquen alguns barris amb una esperança de vida en els homes molt per sota del global de la ciutat, com la Marina del Prat Vermell (amb un valor extrem atesa la inestabilitat de les dades per la poca població del barri, situat a Sants-Montjuïc), els barris de Torre Baró, Can Peguera i la Trinitat Nova (a Nou Barris), el Baró de Viver (a Sant Andreu),

¹Rodríguez-Fonseca M, Palència L, Mari-Dell'Olmo M, Gandarillas A, Domínguez-Berjón MF, Gotsens M, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Evolution of socio-economic inequalities in mortality in small geographical areas of the two largest cities in Spain (Barcelona and Madrid), 1996-2007. Public Health. 2013; 127(10):916-21.

Figura 1. Esperança de vida en homes i dones als barris. Barcelona, 2008-2012.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

el Raval i la Barceloneta (a Ciutat Vella) i Montbau (a Horta-Guinardó), amb menys de 76 anys d'esperança de vida. Per contra, els homes dels barris de Pedralbes (a Les Corts) i les Tres Torres (a Sarrià – Sant Gervasi) presentaven els valors més alts d'esperança de vida, de més de 83 anys.

En les dones de Barcelona l'esperança de vida, durant el període 2008-2012, va ser de 86,1 anys, però, de manera similar als homes, existeix variació en els districtes. L'esperança de vida més baixa va ser la de les dones de Ciutat Vella, amb 84,7 anys i per contra la més alta va ser a Les Corts, amb 87,3 anys. També en les dones existeixen desigualtats en l'esperança de vida segons els barris, i malgrat que aquestes diferències són, en general, menors que les observades en els homes, destaquen Nou Barris, Horta-Guinardó i Sarrià – Sant Gervasi com els districtes amb variacions en els barris properes als 8 anys. De manera que els barris amb una esperança de vida menor en les dones van ser la Marina del Prat Vermell (amb un valor extrem atesa la inestabilitat de les

dades per la poca població del barri, situat a Sants-Montjuïc), els barris de Torre Baró, Can Peguera i Vallbona (a Nou Barris), Montbau (a Horta-Guinardó), Vallvidrera, el Tibidabo i les Planes (a Sarrià – Sant Gervasi) i Baró de Viver (a Sant Andreu), amb menys de 82 anys d'esperança de vida. Per contra, destaquen les dones del barri de la Clota (amb un valor extrem atesa la inestabilitat de les dades per la poca població del barri, situat a Horta-Guinardó), el Coll (a Gràcia), la Vila Olímpica del Poblenou (a Sant Martí) i el Turó de la Peira (a Nou Barris), amb els valors més alts d'esperança de vida, de 88 anys i més.

És important conèixer i vigilar les desigualtats en la mortalitat per tal de poder actuar i prioritzar diferents actuacions sobre aquells grups de població i aquelles àrees més necessitades. A Barcelona existeixen importants desigualtats en la mortalitat i l'esperança de vida segons la zona de residència i, davant d'aquesta situació, calen esforços no només per reduir les desigualtats territorials en salut, sinó per tal de mitigar els efectes negatius de la crisi econòmica actual, que poden estar incidint més en les persones i els barris més desafavorits².

² Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Malmusi D, Novoa AM. El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. Salud Colectiva. 2014; 10(1):95-8.

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

L'any 2012 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va aprovar el Pla de Salut 2011-2015, l'instrument de planificació que orienta la política sanitària d'acord amb les necessitats de la població pel que fa a la salut. Així, el Pla de Salut articula les línies estratègiques per tal d'aconseguir un objectiu principal: «més salut per a tothom i millor qualitat de vida i mantenir la sostenibilitat del sistema sanitari». Igualment, el 2012 es van desplegar els plans territorials de salut a les diferents regions sanitàries, així com el de la ciutat de Barcelona. Les darreres dades disponibles de mortalitat referides a l'any 2012 ens permeten fer el seguiment i el balanç dels

objectius plantejats per l'horitzó 2015 (a mitjà termini) o 2020 (a llarg termini).

A partir de les prioritats identificades, es va definir 1 objectiu general de salut, 19 objectius de salut en relació amb els problemes de salut prioritzats i 4 objectius de disminució del risc per als problemes de salut prioritzats. A continuació es mostra la tendència dels objectius de mortalitat amb les últimes dades disponibles i es fa una valoració del possible assoliment d'aquests objectius.

L'objectiu general era «augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida (viscuda en bona salut)», tanmateix, a Barcelona no es disposa de manera rutinària d'aquesta dada. No obstant això, s'ha utilitzat l'esperança de vida en néixer com una aproximació. A Barcelona, igual

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

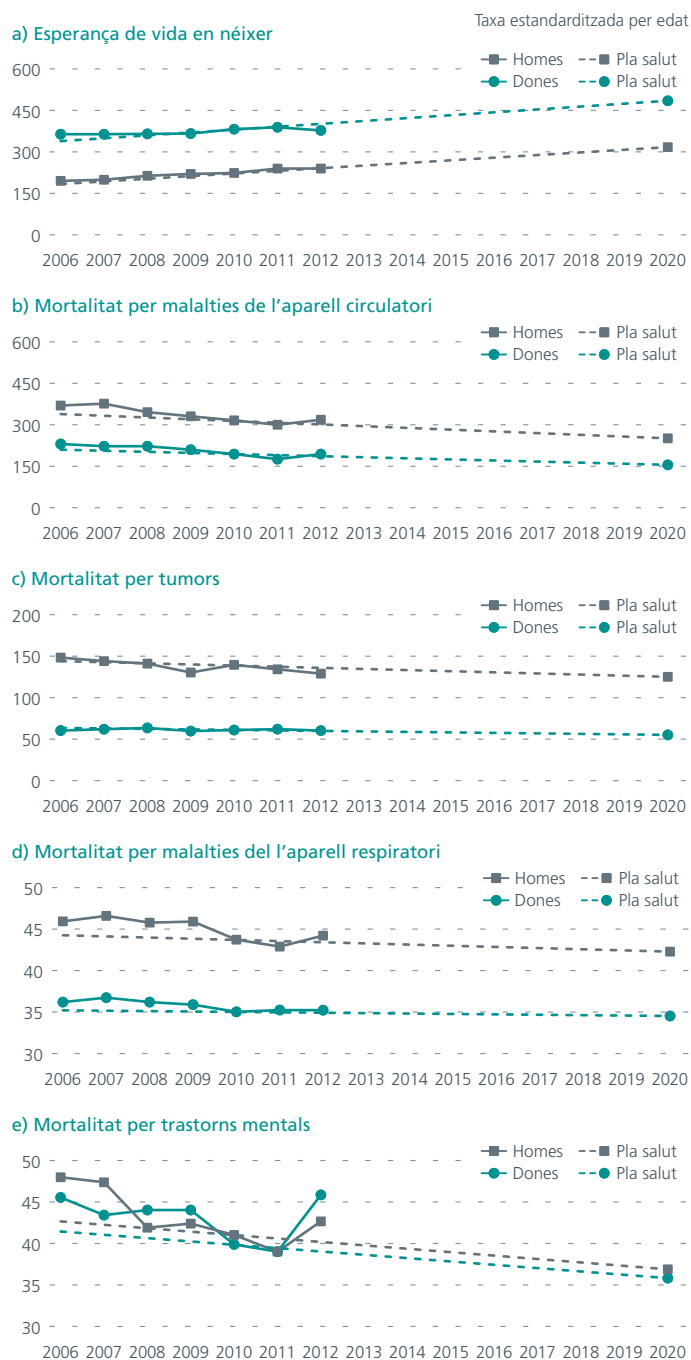
54

que a Catalunya i a l'Estat espanyol, la tendència positiva de l'esperança de vida ha quedat interrompuda, i el 2012 és el primer any que ha registrat un descens respecte a l'any anterior. Per tant, es considera que l'objectiu general és assolible amb esforços, ja que l'esperança de vida no ha seguit la tendència prevista (vegeu la figura 2a).

D'altra banda, quant als objectius de mortalitat en relació amb els problemes prioritzats, s'observa com, en general, si bé la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori (vegeu la figura 2b), per malalties respiratòries (vegeu la figura 2c) i per trastorns mentals (vegeu la figura 2d) tendia a disminuir, l'any 2012 es va registrar un augment respecte al 2011, que si continua en els propers anys farà que els objectius de reducció de la mortalitat per aquestes causes siguin assolibles amb esforços. Respecte a la mortalitat global per càncer sí que s'observa una tendència positiva continuada, de manera que l'objectiu de reduir aquestes morts es mostra assolible (vegeu la figura 2e), igual que la reducció de la mortalitat per càncer de mama. Finalment, quant a la mortalitat per suïcidi, si bé es mostra estable malgrat les fluctuacions, no mostra la disminució prevista per tal de poder assegurar l'assoliment de l'objectiu de reduir aquestes defuncions, de manera que es considera assolible amb esforços.

Després d'analitzar l'evolució dels objectius de reducció de la mortalitat del Pla de Salut 2011-2015, l'any 2012 s'observa un canvi de tendència de la mortalitat (o bé deixa de disminuir o bé augmenta) que compromet l'assoliment de la majoria dels objectius plantejats, de manera que calen esforços per tal de revertir la tendència negativa dels darrers anys.

Figura 2. Evolució dels objectius de mortalitat del Pla de Salut 2011-2015. Barcelona, 2006-2012, i projecció 2020 respecte al 2010.



Font: Registre de mortalitat. Agència de Salut Pública.

Les malalties transmissibles

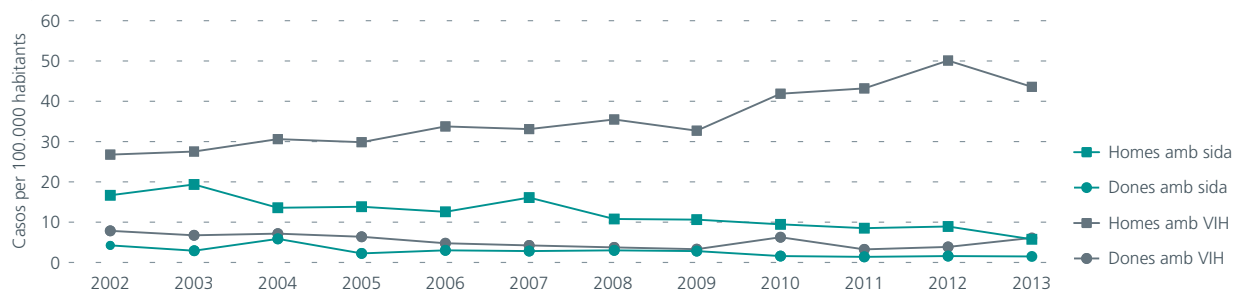
La infecció per VIH/sida

L'any 2013, a un total de 438 persones els van diagnosticar per primera vegada la infecció pel VIH, el 86% (378) residia a Barcelona, cosa que situa la taxa d'infecció en 23,42 casos/100.000 habitants i representa un descens del 8,2% respecte a l'any 2012. A la figura 3 es mostren les taxes d'incidència per 100.000 habitants per a homes i dones residents a la ciutat. El 87%

(329) dels casos eren homes entre els 18 i els 76 anys (mediana de 34 anys), i les edats de les 49 dones oscil·laven entre els 18 i els 61 anys (mediana de 34 anys). El 51% dels casos havien nascut a l'Estat espanyol. La via de transmissió més freqüent entre els homes van ser les relacions homosexuals (HSH), seguides de les heterosexuals (HTS), amb el 82% (269) i el 9% (29) dels casos, respectivament. Entre les dones les relacions HTS van ser la via més freqüent (86%) (vegeu la figura 4).

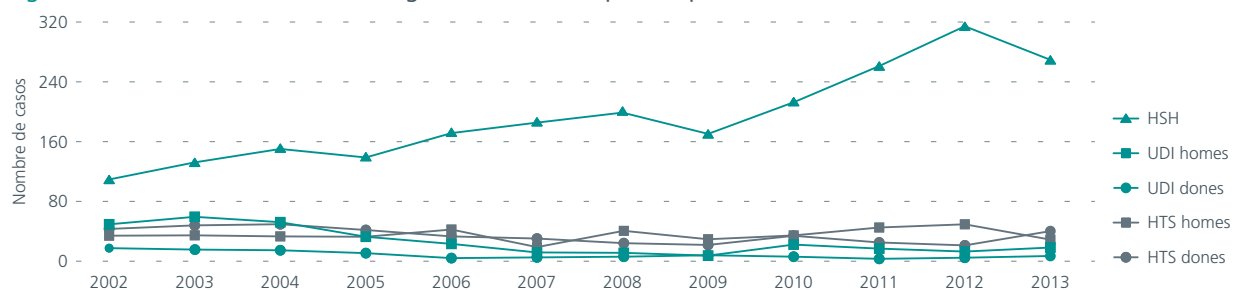
Pel que fa a la sida, aquest 2013 se n'han detectat 72 casos, el 80,5% (58) dels quals residia a Barcelona, cosa que representa una taxa de

Figura 3. Evolució de les taxes d'infecció pel VIH i de sida per sexe. Barcelona, 2002-2013.



Font: Registre de Sida i de VIH de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

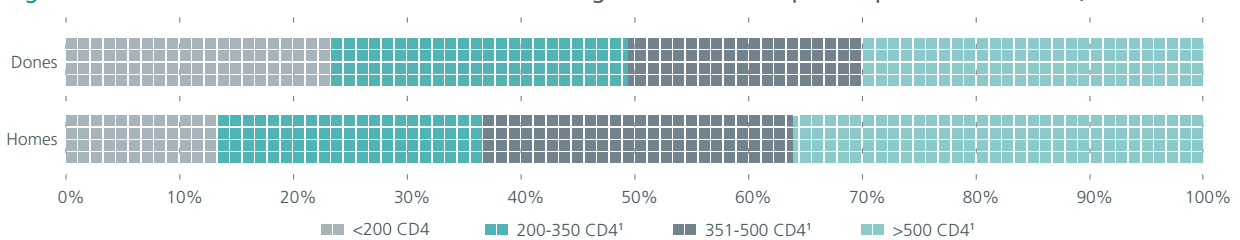
Figura 4. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH per sexe i via de transmissió. Barcelona, 2002-2013.



Font: Sistema d'informació del VIH. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

* Dades provisionals.

Figura 5. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH per sexe. Barcelona, 2013.



Font: Registre de VIH/SIDA. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Nivell de limfocits per mm³. N: 284 homes i 43 dones.

Les malalties transmissibles

56

3,59 casos/100.000 habitants i un decrement del 31% respecte al 2012. El 77,6% (45) dels casos eren homes entre els 21 i els 68 anys (mediana de 42 anys). Les edats de les 13 dones oscil·laven entre els 29 i els 62 anys (mediana de 42 anys). Les relacions sexuals no protegides van ser la via de transmissió més freqüent. En els homes van representar el 76% dels casos —56% en relacions HSH i 20% en relacions HTS. En el cas de les dones, les HTS representaven el 69%. L'ús de drogues injectades (UDI) es va identificar en el 20% dels homes (25) i en el 31% (4) de les dones. En homes les malalties indicatives de sida més freqüents van ser la pneumònia per P. Jorovecii (10) i la tuberculosi (8), i en les dones la toxoplasmosi cerebral i la tuberculosi, amb el 23% (3) i el 18% dels casos, respectivament.

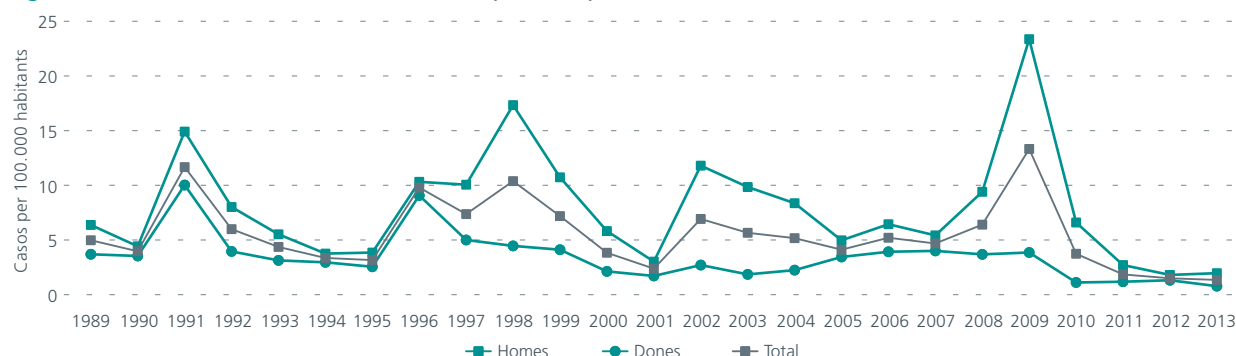
En relació al pronòstic, el retard en el diagnòstic va ser del 37,5% molt inferior al observat a nivell de l'estat espanyol i a la resta de Catalunya (50% i 42%, respectivament). Malgrat això, la diferència entre homes i dones continua observant-se, així en el cas de les dones el retard va ser del 44% i en els homes del 36% (vegeu la figura 5, pàg 55), fet que implica més risc de transmissió de la infecció, més morbiditat i pitjor supervivència (les dades d'aquest informe són provisionals).

Les hepatitis víriques

Hepatitis A

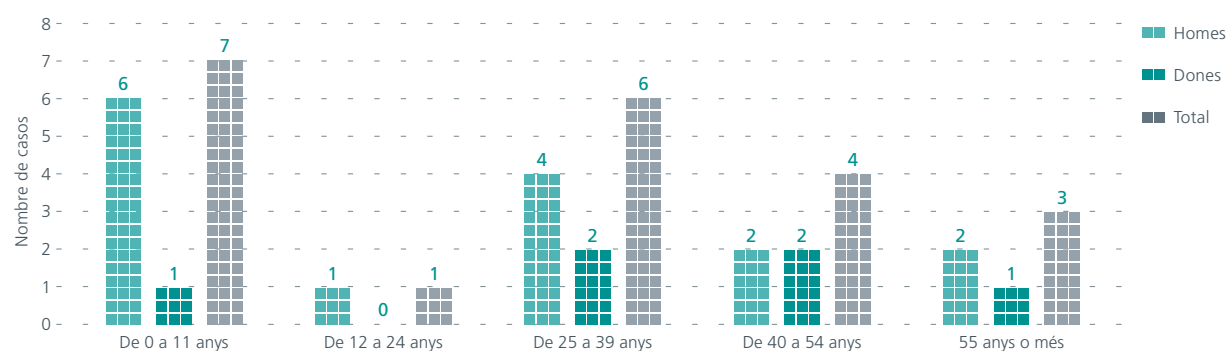
S'ha notificat hepatitis A a 26 persones, 21 de les quals eren residents a Barcelona, cosa que representa una taxa d'incidència d'1,3 per cada 100.000 habitants; això significa una disminució del 12,2% respecte a l'any anterior, com es pot observar a la figura 6. D'aquests, 15 eren homes d'edats entre els 3 i els 80 anys (mediana de 26 anys) i 6 eren

Figura 6. Evolució de la taxa d'incidència d'hepatitis A per sexe. Barcelona, 1989-2013.



Font: Registre de les Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Figura 7. Distribució dels casos d'hepatitis A per sexe i grup d'edat. Barcelona, 2013.



Font: Registre de les Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

dones d'entre 7 i 55 anys (mediana de 38). Entre els homes, 5 havien nascut a l'Estat espanyol (33,3%), 4 al Pakistan (26,7%), 1 al Perú, 1 a l'Ecuador i 1 als Estats Units d'Amèrica. Entre les dones, 2 eren nascudes a l'Estat espanyol (33,3%), una a Itàlia, una a Colòmbia i una al Pakistan. Dels 21 casos, 7 (33,3%) formaven part d'un brot.

La distribució dels casos per grups d'edat mostra una disminució important dels casos entre els adolescents i adults joves, dada que es pot explicar en part per l'impacte del programa pilot de vacunació en infants de 12 anys a les escoles, establert des de l'any 1998. Entre els menors de 0 a 11 anys hi va haver 7 casos, 4 dels quals havien viatjat a una àrea endèmica durant el període d'incubació (2 al Pakistan, 1 al Marroc i 1 a l'Ecuador). Entre els adults

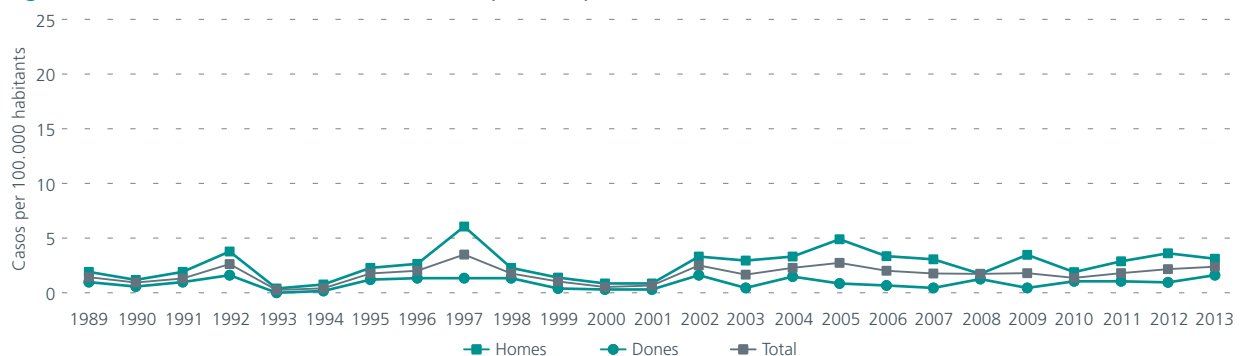
de 25 a 39 anys hi va haver 6 casos, 4 dels quals havien viatjat a una àrea endèmica durant el període d'incubació (Bolívia, Ecuador, Perú i Índia).

Hepatitis B

El 2013, s'ha notificat a 39 persones hepatitis B, de les quals 37 eren residents a Barcelona, la qual cosa representa una taxa d'incidència de 2,3 per cada 100.000 habitants. Això significa un augment del 5,7% respecte a l'any anterior (vegeu la figura 8). D'aquests, 24 eren homes d'entre 29 i 84 anys (mediana de 41 anys) i 13 eren dones d'entre 23 i 96 anys (mediana de 54 anys). Entre els homes, 9 havien nascut a l'Estat espanyol (37,5%), 3 a Veneçuela (12,5%), 2 al Marroc i 2 a l'Índia (8,3%) i 1 a Bangladesh i 1 a l'Argentina. Entre les dones, 6 eren nascudes a l'Estat espanyol (46,2%) i 1 al Paraguai. Dels 37 casos, només un formava part d'un brot.

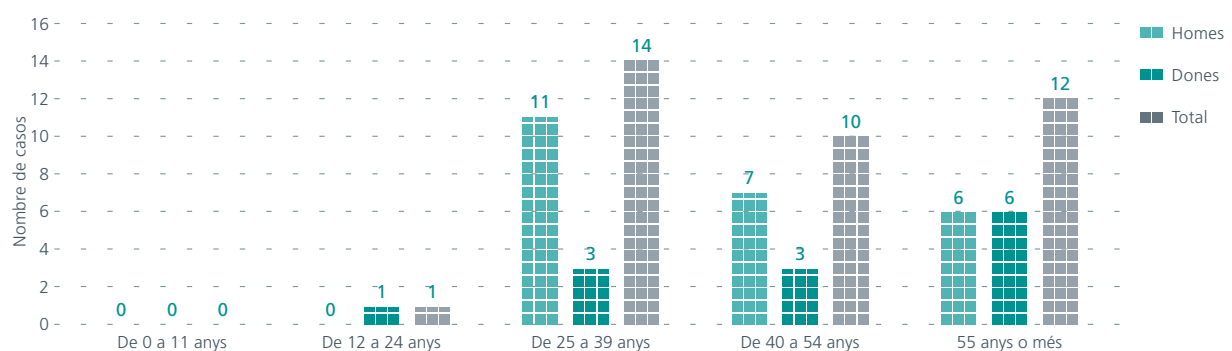
La distribució dels casos per grups d'edat mostra que la major part es troba en els grups d'edat de majors de 33 anys. Això es pot explicar

Figura 8. Evolució de la taxa d'incidència d'hepatitis B per sexe. Barcelona, 1989- 2013.



Font: Registre de les Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Figura 9. Distribució dels casos d'hepatitis B per sexe i grup d'edat. Barcelona, 2013.



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Les malalties transmissibles

58

en part pel programa sistemàtic de vacunacions que es va iniciar el 2002, en què es vacunava els infants de 12 anys, i al programa que es va iniciar al 2002 i que vacunava els menors d'un any. Els casos entre els homes, que són els més afectats, es donen principalment entre els grups d'edat de 33 a 54 anys. Entre aquests, 4 dels 7 que van donar informació sobre la seva orientació sexual eren homes que tenien relacions sexuals amb homes. En les dones el grup amb més casos és el de majors de 55 anys (vegeu la figura 9, pàgina 57). En aquest últim grup d'edat destacaven els antecedents d'exploracions invasives en dos homes i de contactes sexuals de risc en 2 dones i en 1 home.

Hepatitis C

El 2013, s'ha notificat hepatitis C a 33 persones, 30 de les quals eren residents a Barcelona, cosa que representa una taxa d'incidència d'1,9 per cada 100.000 habitants, això és un augment del 45,4% respecte a l'any anterior, com es mostra a la figura 10. D'aquests, 29 (96,7%) eren homes d'entre 24 i 74 anys (mediana de 37 anys) i la dona tenia 43 anys. Entre els homes, 14 havien nascut a l'Estat espanyol (48,3%), 3 a Cuba (10,3%) i la resta a diversos països europeus i llatinoamericans.

A principis de l'any 2013 es va detectar un augment de casos d'hepatitis C entre homes que tenen relacions sexuals amb homes, i de manera retrospectiva es va observar que aquest

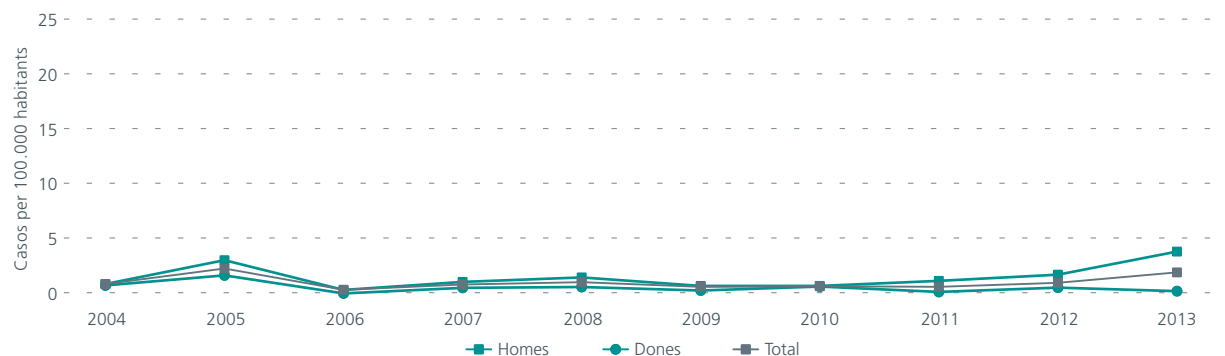
increment es va donar almenys ja des del 2012. La figura 10 mostra un augment clar dels casos entre els homes els últims anys, i a la figura 11 (pàgina 59) es pot observar que el 2013 la major part dels casos es va donar entre els homes de 25 a 54 anys, homes que no tenien altres exposicions de risc a banda de la relació sexual amb altres homes. Els casos detectats poden ser només una petita part de la dimensió real del problema, ja que la major part de les hepatitis C agudes són asimptomàtiques i, per tant, estan subdiagnosticades i subnotificades.

Aquests tres tipus d'hepatitis representen prop del 100% de les hepatitis víriques que es notifiquen a la ciutat de Barcelona. Totes tres suposen problemes de salut greus, ja sigui pels quadres clínics greus que es poden donar en les hepatitis agudes com per les malalties cròniques que se'n poden derivar, com l'hepatitis B i C. Quant a la seva prevenció, per a l'hepatitis A es disposa d'una vacuna administrada fins ara als 12 anys des del 1998. Aquest fet freqüentment ha donat peu a casos i brots originats en infants més petits no vacunats que han tornat de vacances del país dels seus pares, habitualment el Pakistan o el Marroc, i que han desenvolupat la malaltia a la tornada. Per a l'hepatitis B es disposa també d'una vacuna que s'administra des del 1992 als 12 anys, i des del 2002 als menors d'un any. Malauradament, encara no hi ha una vacuna disponible per a l'hepatitis C, per aquest motiu és molt important potenciar la prevenció en les mesures estàndard de seguretat a centres sanitaris, l'ús de drogues intravenoses i inhalades o les relacions sexuals desprotegides, especialment en aquelles que poden suposar més risc de sagnat, com ara les relacions entre homes.

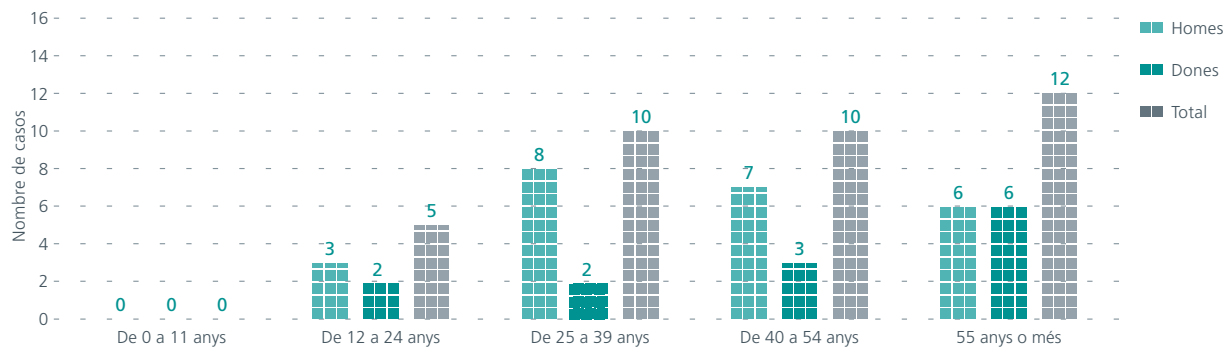
Les infeccions de transmissió sexual

La sífilis infecciosa, la infecció per gonocòccia i el limfogranuloma veneri (LGV) són malalties de declaració individualitzada a Catalunya des de l'any 2006, fet que implica que per cada cas és necessari complimentar una enquesta on es recullen variables d'interès clínic-epidemiològic. En aquest informe es presenten les dades de l'any 2013.

Figura 10. Evolució de la taxa d'incidència d'hepatitis C per sexe. Barcelona, 2004- 2013.



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Figura 11. Distribució dels casos d'hepatitis C per sexe i grup d'edat, Barcelona, 2013.

Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

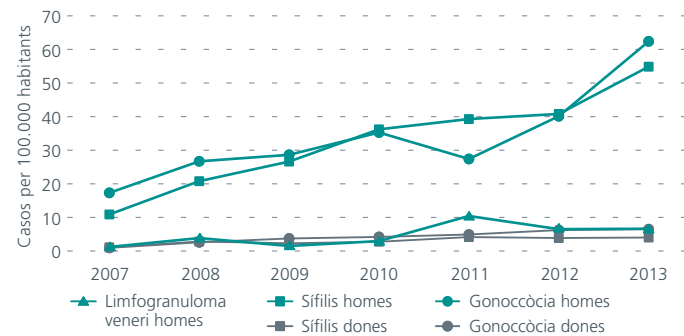
Sífilis

Es van detectar 554 casos de sífilis infecciosa, el 82,5% (457) dels quals residien a Barcelona, amb una taxa de 28,3 casos per 100.000 habitants, cosa que suposa un increment del 33,3% respecte al 2012 (vegeu la figura 12). El 92,6% (423) dels casos eren homes d'entre 16 i 87 anys (mediana de 36 anys). Les 34 dones tenien entre 20 i 78 anys (mediana de 33 anys). Tant en homes com en dones el grup d'edat més afectat va ser el de 30 a 39 anys amb el 40,9% i el 41,2% dels casos, respectivament. El 43,7% (185) dels homes i el 35,3% (12) de les dones havien nascut a l'Estat espanyol. Entre els homes, el 76,4% (323) havia tingut relacions homosexuals (HSH) i el 12,5% (53) heterossexuals (HTS). Entre les dones el 76,5% (26) es van considerar HTS (vegeu la figura 13, pag 60).

S'ha de ressaltar que el 37,8% dels homes i el 2,9% de les dones estaven coinfectats pel VIH, factor que augmenta la transmissió de la sífilis. La realització de l'estudi dels contactes sexuals constava solament en el 44,4% dels casos. Aquesta dada ha empitjorat respecte a l'any passat, ja que el 2012 s'havia iniciat l'estudi de les parelles sexuals en el 62,1% dels casos.

Gonocòccia

Es van detectar 627 casos de gonocòccia, el 85% (533) dels quals residia a Barcelona, cosa

Figura 12. Incidència de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri per sexe. Barcelona, 2007-2013.

Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: LGV: limfogranuloma veneri.

que representa una taxa de 33,0 casos per 100.000 habitants i suposa un increment del 48,2% respecte a l'any anterior. El 89,7% (478) eren homes, amb edats entre els 14 i 61 anys (mediana de 31 anys), mentre que l'edat de les 55 dones oscil·lava entre els 16 i 61 anys (mediana de 28 anys). El 43,7% (209) dels homes i el 47,3% (26) de les dones havien nascut a l'Estat espanyol. Entre els homes el 58,9% (282) tenien relacions HSH, el 25,5% (122) relacions HTS, mentre que el 80,0% (44) de les dones es van considerar HTS. En 74 homes i en 9 dones no es va disposar d'aquesta informació (vegeu la figura 12).

La coinfecció pel VIH es va observar en 18,8% dels homes i en cap dona. Aquesta informació no es disposava en el 30% (143) dels homes i en 27,3% (15) de les dones. L'estudi dels contactes sexuals es va realitzar en el 45% dels casos i, com en la sífilis, aquest indicador també ha empitjorat respecte a l'any passat, any en què constava que s'havia iniciat en el 59,9% dels casos.

Les malalties transmissibles

60

Limfogranuloma veneri

Es van detectar 64 casos de LGV, el 78,8% (50) dels quals eren homes residents a Barcelona, la qual cosa representa una taxa en homes de 6,5 per 100.000 habitants, pràcticament sense diferència amb la taxa del 2012, que va ser de 6,8 (vegeu la figura 12, pàgina 59). Tots els casos eren homes, d'entre 21 i 62 anys (mediana de 35 anys), el 62% (31) dels quals són del grup de 30 a 39 anys. El 94% tenien relacions HSH. El 2013 es van notificar dos casos en homes que tenien relacions HTS. El 40% (20) dels casos havia nascut a l'Estat espanyol, el 26% (13) a Amèrica Llatina i el 24% (12) a Europa Occidental.

El 70% (35) dels casos estaven coinfectats amb el VIH, en nou casos eren negatius i en sis casos no

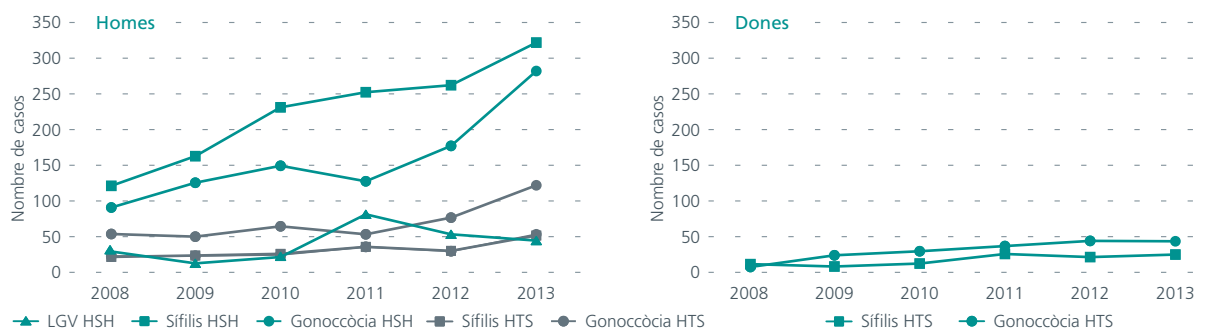
es coneixia aquesta informació. Aquest any només figura la realització de l'estudi de contactes sexuals en el 52% dels casos, fet que marca un gran retrocés si comparem aquesta dada amb la de l'any 2012, en què es va arribar a realitzar-lo en el 81% dels casos.

La tuberculosi

S'han detectat a Barcelona 515 casos de tuberculosi, 329 dels quals eren residents a la ciutat, cosa que representa una incidència de 20,4 casos per 100.000 habitants, gairebé un 4% inferior a l'any anterior. La malaltia ha davallat en homes, però no en dones. El declivi mitjà anual des de l'any 2000 en homes ha estat d'un 3,8% cada any, però en dones de l'1%. Així i tot, la malaltia és més freqüent en els homes (188 casos) que en les dones (141 casos) (vegeu la figura 14).

De les 141 dones amb tuberculosi, 77 havien nascut fora de l'Estat espanyol (54,6%), sobretot al Perú i a Bolívia. Dels 188 homes, 114 eren immigrants (60,6%) i entre els països d'origen destaca el Pakistan,

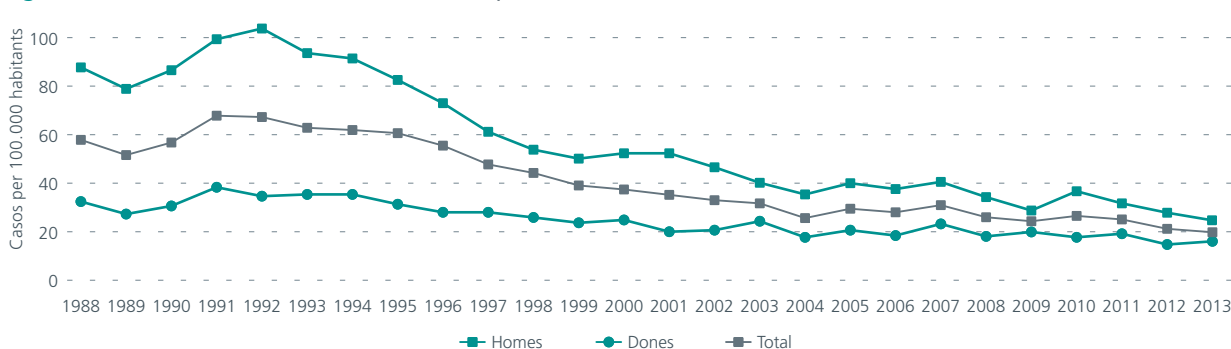
Figura 13. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri per sexe i conducta sexual. Barcelona, 2008-2013.



Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: HSH: relacions sexuals entre homes. HTS: relacions heterosexuals. LGV: limfogranuloma veneri.

Figura 14. Evolució de les taxes de tuberculosi per sexe. Barcelona, 1988-2013.



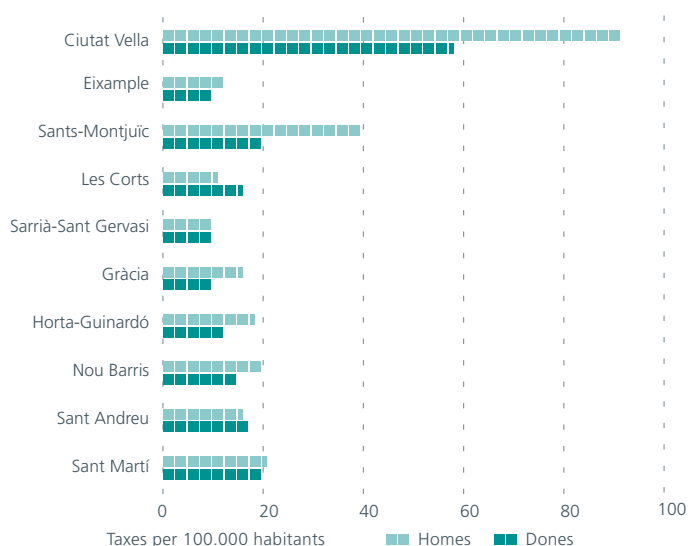
Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

amb 48 persones, i el Marroc. Les persones immigrants amb tuberculosi procedien de 37 països diferents. La incidència de la malaltia és més freqüent en immigrants que en autòctons, tant en homes com en dones.

La forma clínica més freqüent ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (56%) com en dones (59%). De les 329 persones, 66 van presentar la forma més contagiosa de la malaltia. La taxa de tuberculosi bacil·lífera va ser de 4 casos per 100.000 habitants, gairebé un 30% inferior a la de l'any anterior.

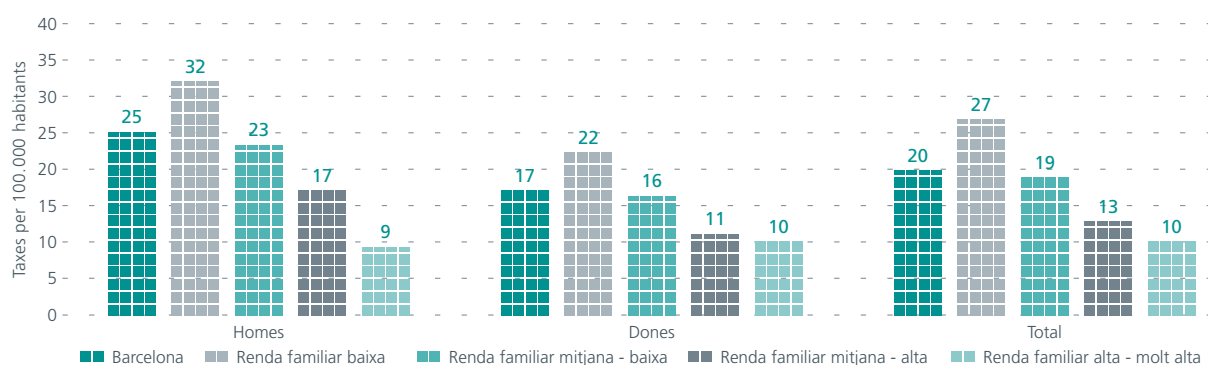
El districte amb la incidència més elevada de tuberculosi ha estat Ciutat Vella, seguit de Sants-Montjuïc, en homes, i Sant Martí, en dones (vegeu la figura 15).

Figura 15. Incidència de la tuberculosi per districtes segons el sexe. Barcelona, 2013.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 16. Incidència de la tuberculosi agrupant els barris segons la renda familiar disponible¹. Barcelona, 2013.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹L'índex de renda familiar disponible és una macromagnitud que mesura els ingressos de què disposen els residents d'un territori per destinar-los a consum o estalvi. Actualització 2012.

L'estat de salut percebut

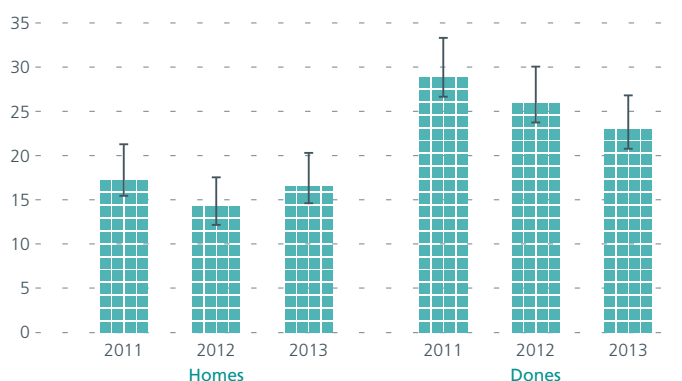
62

L'Enquesta contínua de salut de Catalunya feta als residents de Barcelona permet conèixer l'evolució de l'estat de salut declarat per les persones entrevistades. La salut autopercebuda es relaciona amb les dimensions física i mental de la salut. La pregunta sobre l'estat de salut autopercebuda contempla 5 possibles respostes: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta. La figura 17 mostra l'evolució del percentatge de persones amb salut regular o dolenta. Les dones presenten tots els anys un percentatge major de mala salut autopercebuda que els homes. En els homes es manté al voltant del 15% amb una lleugera millora el 2012, mentre que en les dones s'observa una millora sostinguda, ja que es passa del 28,9% el 2011 al 22,7% el 2013. Tanmateix existeixen diferències segons el nivell educatiu (vegeu la figura 18). En els homes la disminució en mala salut percebuda de l'any 2012 es deu a la millora en el grup de sense estudis, i es torna a incrementar fins al 34,3% el 2013.

Aquest patró es repeteix en les dones del mateix nivell educatiu i s'arriba al 50,6% el 2013. El fenomen invers s'observa en el grup de nivell educatiu secundari, s'incrementa lleugerament el 2012 per tornar el 2013 a nivells similars al 2011. El grup socioeconòmic que declara en menor freqüència tenir un mal estat de salut i ho fa de

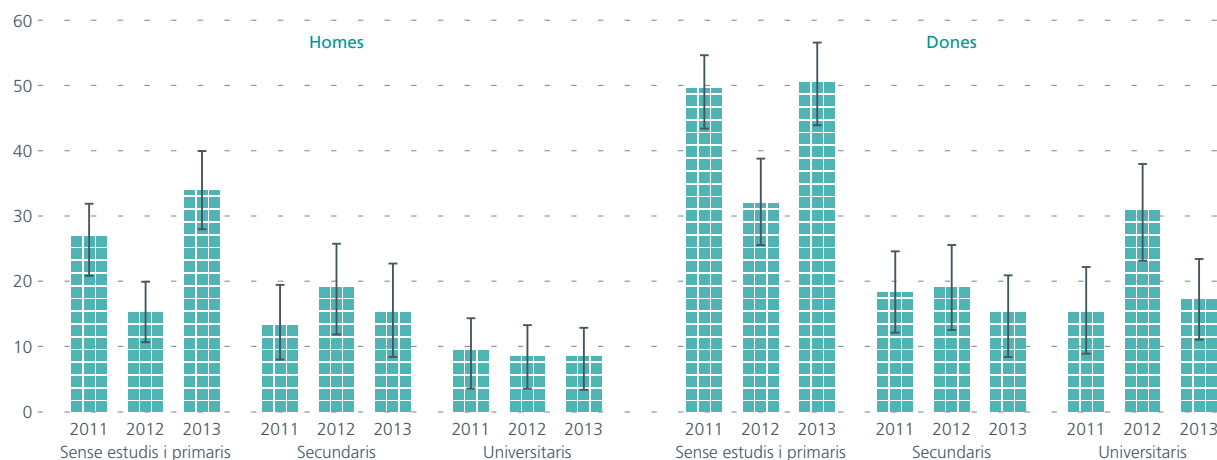
manera més estable és el dels homes de nivell educatiu universitari, en canvi les dones universitàries no mostren una salut millor que les d'estudis secundaris, i el 2012 declaren significativament un estat de salut pitjor que els altres anys. En conjunt el 2013 destaca el pitjor estat de salut, en ambdós sexes, dels grups sense estudis i amb estudis primaris respecte dels altres grups, i concretament en les dones.

Figura 17. Estat de salut autopercebuda regular o dolenta i interval de confiança (95%) en majors de 15 anys per sexe i any, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona 2011-2013.



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 18. Estat de salut autopercebuda regular i dolenta i interval de confiança (95%) en majors de 15 anys per sexe i any, percentatges estandarditzats. Barcelona 2011-2013.



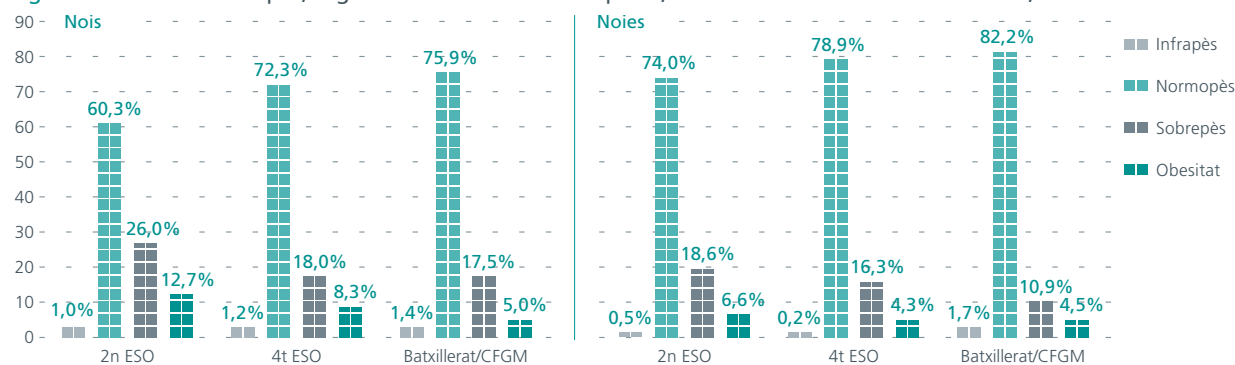
Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'obesitat i l'excés de pes

L'excés de pes ha anat augmentant en els infants els darrers anys i habitualment tendeix a decreixer progressivament a partir de l'adolescència. A la figura 19 es representen les dades d'excés de pes d'una mostra representativa de la ciutat de Barcelona per als cursos de segon d'ESO, quart d'ESO i segon de batxillerat, procedents de l'Enquesta FRESA del 2012. Es pot apreciar que l'excés de pes (com a suma de sobrepès i obesitat) disminueix progressivament a mesura que avança l'escolaritat

en ambdós sexes. D'altra banda, es pot apreciar que els valors d'excés de pes són superiors entre els nois que entre les noies, en els tres cursos estudiats. En concret, un 26% de nois de segon d'ESO presentava sobrepès i un 12,7% obesi, enfront del 18,6% i el 6,6%, respectivament, de les noies del mateix curs. A quart d'ESO, aquests valors eren del 18% i el 8,3% per als nois i del 16,3% i el 4,3% per a les noies. I a segon de batxillerat, del 17,5% i el 5% per als nois i del 10,9% i el 4,5% per a les noies. Globalment, l'excés de pes oscil·la entre el 22 i el 39% en els nois i entre el 15 i el 25% en les noies al llarg de l'escolarització secundària, amb tendència decreixent i amb diferències significatives entre nois i noies.

Figura 19. Valoració del pes, segons l'índex de massa corporal, el curs escolar i el sexe. Barcelona, 2012.



Font: Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (FRESA). Agència de Salut Pública de Barcelona.

La salut sexual i reproductiva

Salut reproductiva

Durant l'any 2013 es va posar en marxa l'Enquesta de Salut Materno-Infantil que, en part, dona continuïtat a l'enquesta que es feia als controls del registre de defectes congènits de la ciutat. L'Enquesta de Salut Materno-Infantil es fa aproximadament a 400 dones residents

a la ciutat de Barcelona, seleccionades de forma aleatòria, amb un naixement durant l'any 2013 en un centre hospitalari de la ciutat. Les variables d'aquesta enquesta contribueixen a millorar la informació sobre les conductes de salut de les embarassades, el control realitzat durant l'embaràs i la prevenció d'embarassos no desitjats.

L'any 2013 es van produir 13.972 naixements en dones de 15 a 49 anys. Des de la dècada que es va produir l'any 2009, la taxa de fecun-

La salut sexual i reproductiva

64

ditat es manté amb una tendència estable els darrers cinc anys. En canvi, sembla que les interrupcions voluntàries de l'embaràs mostrin un lleuger creixement en aquest any (vegeu la figura 20). En les dones de 15 a 19 anys, les interrupcions voluntàries de l'embaràs es mantenen sense grans variacions els darrers quatre anys mentre que la fecunditat en aquestes dones mostra un lleuger descens des de l'any 2009 (vegeu la figura 21).

Segons l'Enquesta de Salut Materno-Infantil del 2013, el 16% de dones en edat fèrtil declaren que l'embaràs actual no era un embaràs desitjat, d'aquestes la majoria (el 72%) feia ús d'algun tipus d'anticoncepció que va fallar, la resta de dones (28%) va declarar que no havia fet ús de mètodes anticonceptius.

El nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en dones en edat fèrtil residents a la ciutat de Barcelona durant l'any 2013 va ser de 6.647 (17,2 per 1.000 dones en edat fèrtil). Bona part dels embarassos en dones en edat fèrtil (78%) acaben en un naixement, en canvi entre les dones de 15 a 19 anys, el 73% dels embarassos acaba en una interrupció voluntària de l'embaràs.

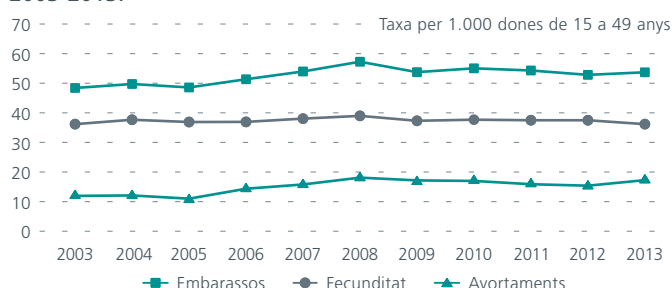
Quan als determinants socials de les embarassades, el 81% de les dones va declarar haver treballat de forma remunerada durant l'embaràs i un 2% va declarar que es va produir l'acomiadament coincidint amb l'embaràs. El 51% de les dones va declarar que no havia fet cap baixa laboral per malaltia durant l'embaràs. El 9% de les dones van tenir dificultats per alimentar-se per manca de diners, d'aquestes, la majoria són dones a l'atur (amb o sense subsidi).

De les dones que van tenir un naixement durant el 2013, el 1,6% van declarar que no tenien parella i el 0,7% que la seva parella és una dona. Pel que fa a l'hàbit tabàquic, el 23% de dones fumava abans de saber que estava embarassada i aquest percentatge va disminuir al 8,6% durant l'embaràs. El guany de pes mitjà durant l'embaràs va ser de 12 kg (± 4 kg).

Quant a l'ús dels serveis sanitaris, el 98% de les dones van realitzar la primera visita en el primer

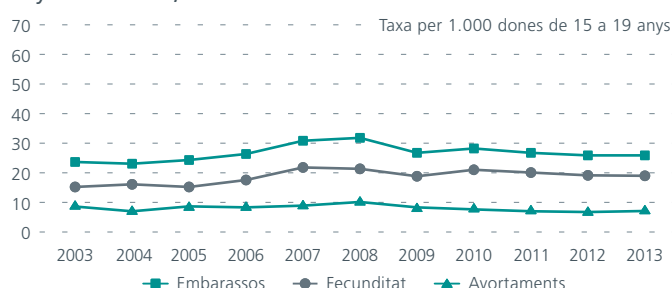
trimestre d'embaràs, i el 21% ho van fer durant el primer mes. De mediana es van fer 6 ecografies (el rang varia entre 6 i 20) i van ser

Figura 20. Evolució de la fecunditat, les interrupcions voluntàries de l'embaràs i els embarassos en dones en edat fèrtil. Barcelona, 2003-2013.



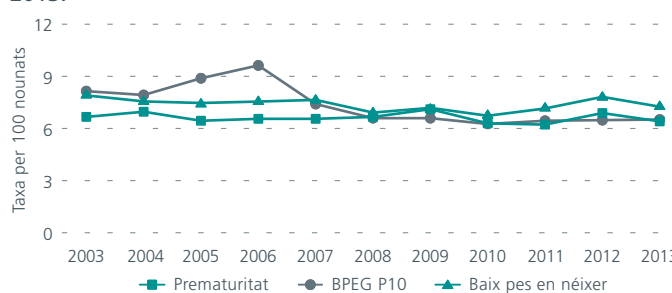
Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 21. Evolució de la fecunditat, les interrupcions voluntàries de l'embaràs i els embarassos en dones d'entre 15 i 19 anys. Barcelona, 2003-2013.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 22. Evolució dels resultats de l'embaràs. Barcelona, 2003-2013.



Font: Registre de malalties congènites. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: BPEG P10: baix pes, prematuritat i baix pes per edat gestacional en el percentil 10.

visitades per l'obstetra una mediana de 10 vegades (rang de 5 a 30 visites). El nombre més alt d'ecografies i de visites a l'obstetra es produeix en les dones amb assegurança privada tot i que siguin parts únics.

El 38,7% dels parts amb un nadó es va realitzar mitjançant cesària i més de la meitat (56%) de les cesàries es van fer en dones que tenien contractades assegurances privades. La xifra de cesàries arriba al 79% quan l'embaràs és múltiple.

Els indicadors de resultats adversos de l'embaràs (baix pes, prematuritat i baix pes per edat gestacional en el percentil 10) es mantenen en xifres força estables i les variacions interanuals cal interpretar-les pel baix nombre de casos (vegeu la figura 22, pàgina 64). El 90% de les dones té intenció de fer lactància materna.

La salut sexual

Malgrat el progrés social esdevingut els darrers anys a la ciutat de Barcelona, la població lesbiana, gai, transsexual i bisexual continua sent discriminada, cosa que pot tenir conseqüències per a la seva salut. La introducció, per primera vegada, de preguntes sobre l'orientació sexual en la darrera edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2011 és una oportunitat per estudiar la salut en aquest col·lectiu.

Així, l'any 2011, a Barcelona, el 2,3% de la població major de 15 anys declarava sentir-se atreta per persones del mateix sexe. En general els valors de suport social eren elevats per tota la població, encara que tendien a ser inferiors en les persones que se senten atretes per persones del mateix o per ambdós sexes en comparació amb les persones que se senten atretes per individus del sexe contrari. Les persones d'entre 15 i 64 anys que se senten atretes per persones del mateix sexe o d'ambdós sexes declaraven que tenien pitjor salut percebuda, pitjor salut mental i pitjors conductes relacionades amb la salut (consum de tabac i drogues) que les persones que se senten atretes per individus del sexe contrari.

La salut mental i les addiccions

La salut mental

Als centres de salut mental d'adults s'ha atès 37.894 persones i 8.071 als centres de salut mental infantil i juvenil. La consolidació del desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut ha permès la millora de la capacitat per donar resposta als problemes de salut mental no severos en els centres d'atenció primària, afavorint l'augment de l'abast de l'atenció a la població amb patologies severes als centres de salut mental.

Dins el marc de la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut, el 2013

s'han desplegat per a l'abordatge de la població adulta: 297 hores setmanals de psiquiatria, 112 hores setmanals de psicologia i 87,7 hores setmanals de professionals d'infermeria de salut mental. El 2013 s'han realitzat 9.943 primeres visites. Amb un total de 14.651 persones ateses per psiquiatres, 5.079 persones ateses per psicòlegs i 3.692 persones ateses per infermeres de salut mental.

Per a l'abordatge de la població infantil i juvenil en la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut, s'han desplegat a Barcelona: 59 hores setmanals de psiquiatria i 113 hores setmanals de psicologia. El 2013 s'han realitzat 2.255 primeres visites. Amb un total de 1.384 persones ateses per psiquiatres i 2.563 persones ateses per psicòlegs.

L'activitat realitzada en el marc del suport a la salut mental ha augmentat en termes generals tant en la població adulta com en

La salut mental i les addiccions

66

la infantil i juvenil. A Barcelona la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària es va consolidant progressivament.

A la figura 23 s'observa un increment de la població atesa als centres de salut mental amb patologies severes, gràcies al desplegament del programa d'atenció a persones amb trastorns mentals greus (TMG). Del 22,2% de persones adultes amb trastorns mentals severos (TMS) ateses el 2005 s'ha arribat al 31,5% el 2013, i del 4,2% de persones infantils i juvenils amb trastorns greus ateses el 2005, s'ha arribat al 10,7% el 2013.

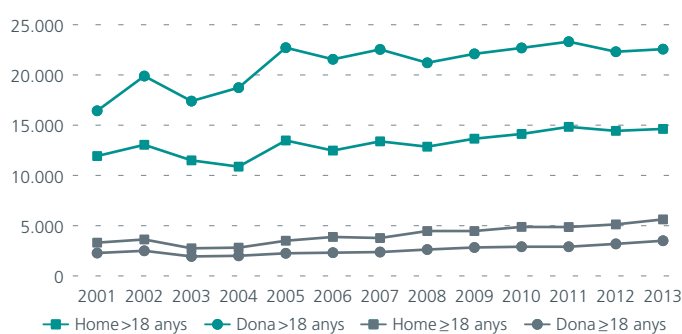
A la figura 24 es pot observar l'increment acumulat de la població atesa als centres de salut mental del període que va del 2001 al 2013, amb un 66,8% de població infantil i juvenil i un 32,9% de població adulta. L'any 2013, el 61,7% de les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil eren homes i el 38,3% eren dones. En comparació, pel que fa a les persones ateses als centres de salut mental d'adults, el 60,8% eren dones i el 39,2% homes.

El desplegament progressiu de la cartera de serveis en l'atenció primària està permetent millorar la detecció, el diagnòstic i el tractament de les persones amb trastorns mentals lleus. Això fomenta un maneig compartit dels problemes de salut mental i les addiccions en l'entorn de

l'atenció primària, i millora la detecció i derivació precoç als centres de salut mental per a l'abordatge de patologies severes.

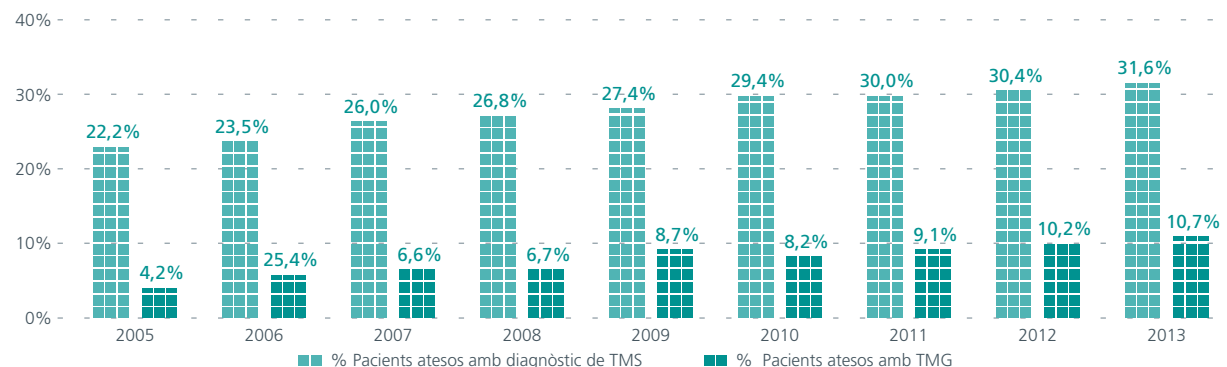
A Barcelona l'any 2013 s'han generat 4.469 altes a les unitats d'hospitalització de salut mental, en què les patologies més freqüents ateses han estat trastorns esquizofrènics i trastorns límit de la personalitat. Enguany, en el desenvolupament del Pla de Salut de Catalunya, s'ha treballat en les quatre Àrees Integrals de Salut: Barcelona Nord, Barcelona Esquerra, Barcelona Dreta i Barcelona Litoral Mar en els pactes territorials per a la millora de l'accessibilitat i la resolució; s'han desenvolupat les rutes assistencials de la depressió, s'ha millorat la detecció precoç de problemes de salut mental, que incideix de forma especial en l'atenció i la detecció ràpida en la població jove, en especial pel que fa a l'abordatge de la psicosis incipient així com de la depressió, i en el programa de prevenció del risc de suïcidi.

Figura 24. Població atesa als centres de salut mental per grup d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2013.



Font: Conjunt mínim de base de dades de salut mental (CMDB-SM). CatSalut.

Figura 23. Percentatge de persones ateses als centres de salut mental amb trastorn mental greu i trastorn mental sever. Barcelona, 2005-2013.



Font: Conjunt mínim de base de dades de salut mental (CMDB-SM). CatSalut.

Trastorns de salut mental relacionats amb el treball

El 2013 s'han notificat 310 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona des dels Equips d'Atenció Primària. A diferència de l'any anterior, el 2013 hi ha hagut un augment d'aquests trastorns. L'increment, més acusat en el cas de les dones ha estat tant del nombre com de la incidència (el 2012 s'havien notificat 249 casos amb una incidència de 25,9 per 100.000 homes ocupats i de 51,7 per 100.000 dones ocupades, mentre que el 2013 ha estat de 28,4 per 100.000 homes ocupats i de 64,8 per 100.000 dones ocupades)^e.

L'ocupació més freqüent de les persones afectades és personal de serveis i comerç en ambdós sexes (25,3% dels homes i 31,3% de les dones), seguit de professionals de suport (24,2% i 24,8%, respectivament) i professionals de la ciència i intel·lectuals (21,1% i 19,6%, respectivament). El 26,9% de les persones que han patit aquests problemes de salut havien nascut fora de l'Estat espanyol, la situació laboral més freqüent va ser la contractació indefinida (86,4%) i el 26,7% treballava en empreses de fora de la ciutat.

En el 79,6% dels casos notificats la persona estava de baixa en el moment de la notificació, mentre que només el 21,0% havia estat visitat per la mútua d'accidents de treball i malalties

professionals. El factor de risc més freqüentment implicat en els trastorns de salut mental va ser la manca de suport dels superiors (31,6% dels casos), seguit de la manca d'autonomia (20,3%) i l'assetjament psicològic (20,0%).

Les addiccions

Es va registrar un total de 4.122 inicis de tractament per consum de drogues als centres públics d'atenció i seguiment a les drogodependències de Barcelona, dels quals 2.013 són deguts a l'alcohol, 246 al tabac, i 1.863 a drogues no institucionals.

Als Centres d'Atenció i Seguiment a les drogodependències de Garbívent, Sants, Sarrià, Horta i Nou Barris es van registrar 2.099 inicis, el 74,6% homes. En aquests centres, la primera substància que més inicis genera és el consum d'alcohol, amb 978 inicis de tractament, que representen el 46,6% dels inicis; la segona substància és la cocaïna, amb 424 inicis, el 20,2% del total; seguida pel cànnabis, amb 255 inicis de tractament, que suposen el 12,1%, i l'heroïna i altres opiacis, amb 226 inicis, un 10,7% del total. Aquesta distribució és la mateixa que s'ha constatat els darrers anys. Tanmateix, si tenim en compte el volum de persones que es tracten al centre per substància veiem que el volum més gran de persones hi acudeixen pel consum d'alcohol (40%) i d'heroïna i altres opiacis (25%) (vegeu el quadre 1).

El nombre de visites successives —és a dir, la seqüència de visites amb el metge, visites amb el treballador social, visites amb el psicòleg, visites amb l'infermera i/o atencions familiars i/o en crisi— que van produir

^eEl càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns de salut mental notificats en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa.

Quadre 1. Persones amb inici de tractament als Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) de Barcelona i en tractament, primeres visites i visites successives¹ als CAS de titularitat municipal² segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2013.

Tipus de Droga	Inicis de tractament CAS BCN ³		Persones en tractament		Inicis de tractament		Visites successives	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiacis	464	114	1.142	290	189	37	14.233	3.935
Cocaïna	596	163	865	201	341	83	9.013	2.341
Cànnabis	289	89	333	88	199	56	2.279	560
Alcohol	1437	576	1.605	650	711	267	16.159	7.546
Tabac	126	120	139	102	90	75	746	555
Altres ⁴	85	63	84	48	34	17	859	557
Total	2.997	1.125	4.168	1.379	1.564	535	43.289	15.494

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Les visites successives compten les visites de metge, psicòleg, infermera, treballador social, visites familiars i atenció en crisi. (No es tenen en compte la dispensació de metadona i les analítiques de sang i/o orina). ² Centres d'Atenció i Seguiment: Garbívent, Sants, Sarrià, Horta i Nou Barris. ³ CAS: de Barcelona de Barceloneta, Forum, Garbívent, Hospital Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants Vall D'Hebron, Horta Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Caritas. ⁴ Altres: no reportat, amfetamines, drogues de disseny i benzodiazepines.

La salut mental i les addiccions

68

els usuaris dels Centres d'Atenció i Seguiment municipals de Barcelona l'any 2013 va ser de 57.783. La majoria d'aquestes visites van ser de consumidors d'alcohol (40%) i heroïna i altres opiacis (31%). Com a mitjana anual, cada pacient genera 11 visites successives, i les persones que consumeixen heroïna i altres opiacis són les que generen més visites successives (13 de cada pacient en tractament), i les que consumeixen tabac (5 per cada pacient en tractament) o cànnabis (7 de cada pacient en tractament) són les que menys visites fan.

Cal tenir en compte les diferències entre sexes, ja que les dones amb trastorn per consum d'alcohol tenen un risc de mortalitat prematura més elevat¹. Podem veure que la majoria de les persones que inicien tractament (74,5%) o que

estan en tractament (75,1%) són homes. Per substància podem veure que la major proporció d'homes és en el consum d'heroïna i altres opiacis (83,6% dels nous inicis i 79,7% de les persones en tractament) i el consum de cocaïna (80,4% dels nous inicis i 81,1% de les persones en tractament) mentre que aquesta proporció és menor en les persones consumidores d'alcohol, tabac i altres substàncies.

Pel què fa a les visites als centres de reducció de danys (sanitàries i socioeducatives) l'any 2013 es va atendre a Barcelona un total de 3.660 persones, cosa que suposa un total de 146.421 visites, amb una mitjana de 401 visites al dia. Respecte als anys anteriors aquestes dades mostren una lleugera disminució del nombre de visites de reducció de danys d'aquests centres.

¹ Guitart AM, Espelt A, Castellano Y, Bartroli M, Villalbi JR, Domingo-Salvany A, Brugal MT. Impact of alcohol use disorder on mortality: are there age and gender differences?. Gac Sanit. 2011; 25:385–90. Doi:10.1016/j.gaceta.2011.03.019.

La salut laboral

Lesions per accident de treball

L'any 2013 es van produir 27.993 lesions per accident de treball amb baixa, un 4,2% més que l'any anterior. La incidència també va ser lleugerament superior a la del 2012 (3.216,1 i 3.405,9 per 100.000 persones afiliades els anys 2012 i 2013, respectivament). Ambdós augments han estat deguts a les lesions per accident de treball lleus que van passar de 26.596 el 2012 a 27.746 el 2013, amb unes taxes respectives de 3.182,8 i 3.375,8 per 100.000 persones afiliades), atès que tant les greus com les mortals van disminuir, passant de 247 a 231 les primeres (taxes de 29,6 i 28,1 per 100.000 persones afiliades el 2012 i 2013, respectivament)^f i de 31 a 16 les segones (taxes de 3,7 i 1,9 per 1000.000

persones afiliades el 2012 i 2013, respectivament)^f (vegeu la figura 25, pàgina 69). Així i tot, cal esmentar que hi ha hagut un lleuger augment de les lesions greus en dones, que han passat de 64 el 2012 a 70 el 2013. Tenint en compte totes les lesions per accident de treball, el 56,8% de les persones accidentades eren homes, que també van patir les lesions més greus (el 69,7% de les greus i el 93,8% de les mortals).

^f El denominador de la incidència és la població ocupada (mitjana anual) donada d'alta al règim general de la Seguretat Social (el majoritari) i a l'especial de la mineria del carbó. El numerador es refereix a totes les lesions per accident de treball (LAT) o malalties professionals (MP) ocorregudes en persones que tenen cobertes les contingències professionals, això significa que a més dels dos règims esmentats hi pot haver LAT i MP ocorregudes en persones en altres situacions minoritàries, com el personal autònom que té cobertes aquestes contingències. Un altre aspecte que cal tenir en compte en relació tant als numeradors com als denominadors és que es refereixen a persones donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i per tant el centre de treball podria ser un altre.

Les lesions *in itinere* van ser les lesions per accident de treball greus i mortals més freqüents en ambdós sexes (48,4% i 52,9% de les lesions per accident de treball greus masculines i femenines, respectivament, i 46,7% de les mortals en homes i l'única ocorreguda en dones) i tant en ocupacions no manuals com manuals excepte en aquest darrer grup, en què, pel que fa a les greus, les lesions més freqüents no van ser les *in itinere* sinó les traumàtiques en jornada laboral. Pràcticament tots els tipus de lesions greus i mortals van disminuir respecte al 2012 (tant *in itinere* com en jornada i dintre d'aquestes tant les no traumàtiques com les de trànsit i les traumàtiques). Destaca però l'augment de les lesions traumàtiques greus en jornada en les dones (van passar de 21 a 29).

Malalties professionals

L'any 2013 es van declarar 780 malalties professionals, el 57,3% de les quals van ser amb

baixa laboral. La incidència va ser de 94,9 per 100.000 persones afiliades (54,4 i 40,5 per 100.000 amb baixa i sense baixa, respectivament), xifra superior a la del 2012, que va ser de 79,5 per 100.000 persones afiliades (48,9 amb baixa i 30,5 sense baixa, respectivament). Tal com s'observa al quadre 2, les malalties professionals van ser més freqüents en dones i en persones amb ocupacions manuals, tant pel que fa a les que van cursar amb baixa com les que ho van fer sense. Només en les ocupacions no manuals van ser més nombroses les malalties professionals sense baixa.

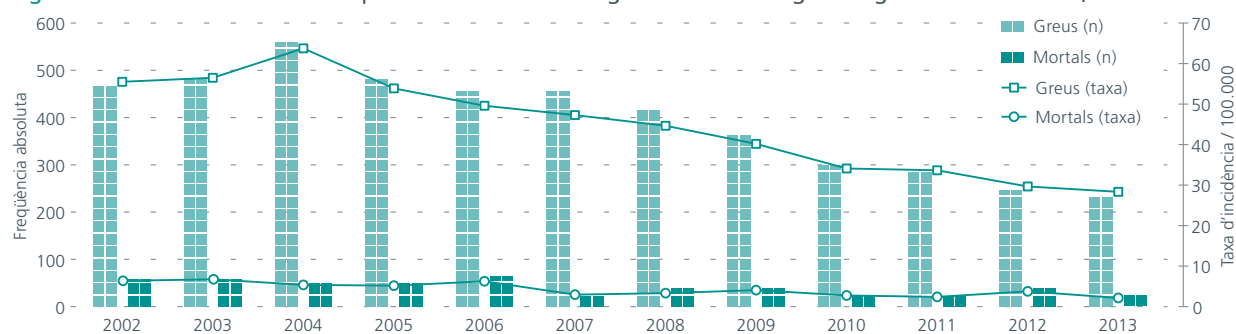
La patologia més freqüent va ser la de tipus musculoesquelètic, sobretot les malalties per fatiga de les beines tendinoses (tendinitis, peritendinitis i altres trastorns similars), que van constituir el 70,0% i el 50,6% de les malalties professionals amb baixa en els homes i dones, respectivament, i el 46,8% en homes i el 51,7% en dones, quant a les malalties professionals sense baixa. Hi ha poques diferències pel que fa al diagnòstic segons si la malaltia professional cursa amb baixa o sense, tret de les malalties per agents biològics, que van suposar l'1,0% i el 4,5% de les malalties professionals amb baixa en homes i dones, respectivament i el 14,3% i el 10,8% de les que van cursar sense baixa en homes i dones, respectivament. Cal esmentar que el 2013 es va declarar una malaltia per agents carcinògens, que va cursar sense baixa.

Quadre 2. Malalties professionals segons cursin amb baixa o no per classe social ocupacional i sexe. Barcelona, 2013.

	Sexe				Classe social ocupacional						Total	
	Homes		Dones		No manual		Manual		Perduts			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amb baixa (%)	200	57,6%	247	57,0%	71	45,8%	353	62,4%	23	39,0%	447	57,3%
Sense baixa (%)	147	42,4%	186	43,0%	84	54,2%	213	37,6%	36	61,0%	333	42,7%
Total (N)	347	100,0%	433	100,0%	155	100,0%	566	100,0%	59	100,0%	780	100,0%

Font: Elaboració pròpia i del Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya – Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del Sistema CEPROSS.

Figura 25. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons la gravetat. Barcelona, 2004-2013.



Font: Registre d'accidents de treball del Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya.

La salut laboral

70

Malalties relacionades amb el treball

L'any 2013 els Centres d'Atenció Primària van notificar 457 malalties relacionades amb el treball (MRT) a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. A diferència dels dos darrers anys, el 2013 hi va haver un augment del nombre de casos (el 2010 en van ser 591, el 2011 530 i el 2012 403) i de la incidència, que va ser de 68,3 per 100.000 persones ocupades⁹ (els darrers tres anys havien estat 84,5, 75,3 i 62,6, respectivament). Com en anys anteriors es van notificar més casos en dones (64,6%) i els trastorns ansiosos i depressius van ser els més freqüents (58,6% dels casos mascu-

lins i 72,6% dels femenins), seguits dels musculoesquelètics (29,0% en homes i 15,5% en dones).

Al llarg de l'any hi va haver un augment dels trastorns ansiosos-depressius, sobretot entre les dones, que van passar del 65,2% el 2012 al 72,6% el 2013 (entre els homes l'augment va ser més lleuger: del 56,4% al 58,6%). En canvi, els trastorns musculoesquelètics van augmentar entre els homes (del 20,1% al 29,0%) i van disminuir entre les dones (del 19,8% al 15,5%).

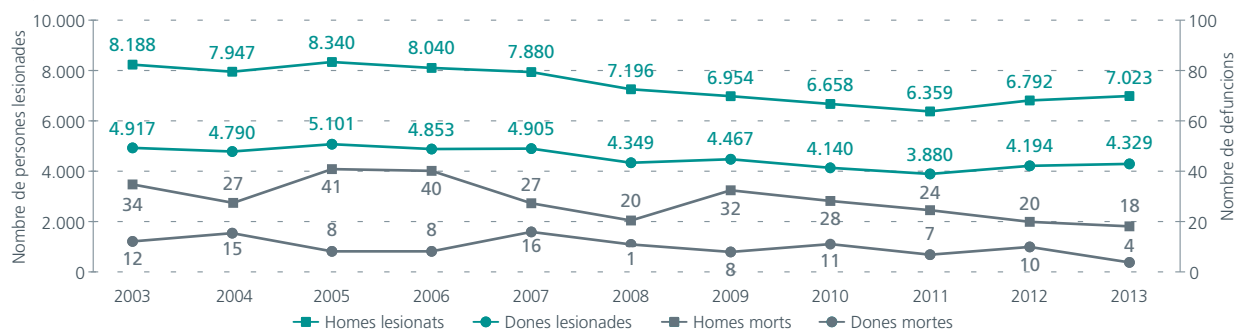
⁹El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de MRT notificades en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa.

Les lesions per col·lisions de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana de Barcelona s'han produït 8.596 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 11.352 persones lesionades (7.023 homes i 4.329 dones) i 22 persones mortes (18 homes i 4 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. La

mediana d'edat de les persones lesionades ha estat de 35 anys (homes 36 i dones 35), mentre que en les defuncions ha estat de 50 anys en els homes i de 80 anys en les dones. Alhora s'ha atès un total de 9.350 urgències hospitalàries per col·lisió de trànsit, de les quals en 809 casos (el 8,7%) les víctimes van ser hospitalitzades i en 302 (3,2%) traslladades a un altre centre.

Figura 26. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2003-2013.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona.

El 51,4% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta; el 8,6%, de ciclomotor; el 25%, de turisme; el 4,9%, de bicicleta; l'1,7%, d'autobús; el 0,7%, d'altres tipus de vehicles, i el 7,8%, vianants. El 31,9% de les dones lesionades eren usuàries de turisme; el 31,7%, de motocicleta; el 12,2%, de ciclomotor; el 7,1%, d'autobús; el 3%, de bicicleta; el 0,3%, d'altres vehicles, i el 13,8%, vianants. Pel que fa a les defuncions d'homes, el 50% eren usuaris de motocicleta; el 5,6% usuaris de ciclomotor, i el 38,9% vianants. De les quatre dones mortes, tres eren vianants i una era conductora de motocicleta.

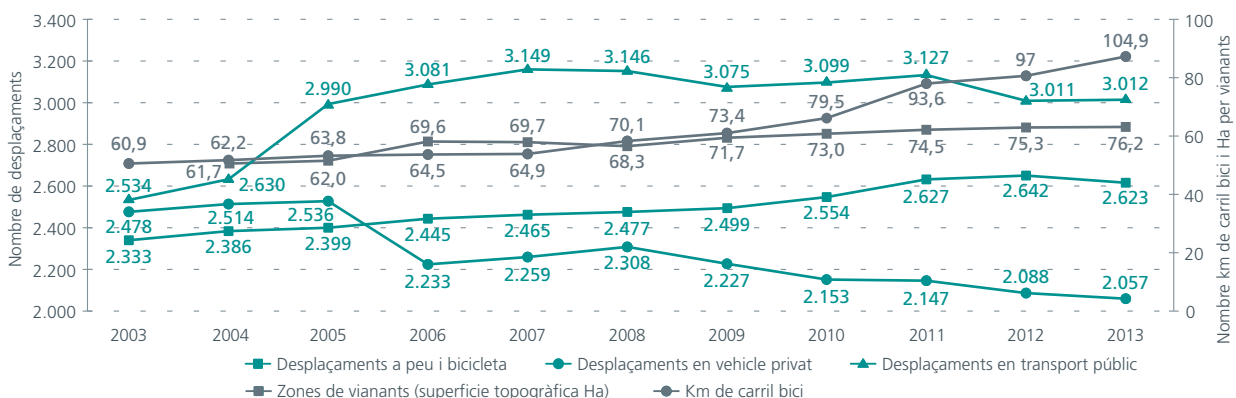
Globalment, l'any 2013, respecte del 2012, s'observa un augment del 3,3% en el nombre de persones lesionades (3,4% en homes i 3,2% en dones), una reducció del 26,7% de morts (10% en homes i 60% en dones) (10 dones el 2012 i 4 el 2013). Segons el mode de transport, s'observa un augment del 3,9% del nombre de víctimes ocupants de turisme (del 4% en homes i del 3,6% en dones), i del 8,2% de motocicleta (7,6% i 9,8% respectivament). Disminueix el nombre de víctimes usuàries de ciclomotor un 10,5% (11,1% i 9,7% respectivament). Per altra banda augmenta el nombre de passatgers d'autobús lesionats, 26,8% (16,5% i 31,3%), i de conductors de camions un 110,5% (el 2012 hi va haver 19 homes i cap dona i el 2013, 37 ho-

mes i 3 dones). Per primer cop els últims anys s'observa una disminució del nombre de lesionats de bicicleta, el 12,7% (10,9 i 17,2% respectivament) i no es produeix cap defunció en les 24 hores posteriors a la col·lisió. El nombre de vianants atropellats es redueix un 2,2% (3,8% en homes i 2,2% en dones). La figura 26 (pàgina 70) mostra l'evolució del nombre de víctimes de l'any 2003 al 2013. Després d'uns anys de reducció del nombre d'homes i de dones lesionats, des de l'any 2012 s'ha invertit la tendència i aquest nombre augmenta; en canvi, el nombre de persones mortes disminueix de forma notable.

Impacte de les polítiques de transport en la salut

En els últims anys s'han produït a la ciutat canvis importants en la gestió de la mobilitat i en l'entorn que han tingut un impacte en la salut de la població. S'han adoptat mesures per pacificar el trànsit, mesures per reduir l'ús del vehicle privat, la promoció del transport actiu com els programes de bicicletes públiques i el desenvolupament de camins escolars segurs. Des de l'any 2003 el nombre de carrils bici ha augmentat un 72,4%, han passat de 30,9 km el 2003 a 104,9 km l'any 2013. A partir del 2007 es van implantar les zones de pacificació del trànsit a velocitat màxima de 30 km/h. L'any 2013 hi havia 436 km de zones 30. El nombre de zones per a vianants ha augmentat un 23,5% des de l'any 2004, i s'ha passat de 61,7 hectàrees a 76,2 hectàrees. Des de l'any 2003 el nombre de desplaçaments a peu i en bicicleta a la ciutat ha augmentat un 12,4%, els desplaçaments en transport públic un 18,9% i, en canvi, els desplaçaments en vehicle privat han disminuït un 17%. Des de l'any 2008 (any en què es disposa informació per separat de desplaçaments en bicicleta i a peu) el nombre de desplaçaments en bicicleta ha augmentat un 19,2% i el nombre de desplaçaments a peu un 5,4% (vegeu la figura 27).

Figura 27. Evolució del nombre de desplaçaments segons el mode de transport, els kilòmetres de carril bici i l'espai per a vianants. Barcelona, 2003-2013.



Font: Dades bàsiques de mobilitat 2006-2013. Ajuntament de Barcelona.
Nota: Desplaçaments en milers de kilòmetres.



Monogràfics

73

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn familiar, domèstic i escolar

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La pobresa alimentària i l'energètica

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Avaluació del Pla de Salut 2011-2015

Les malalties transmissibles

La infecció per VIH/sida

Les hepatitis víriques

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit

Monogràfics

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

74

La prevenció de l'obesitat infantil primària o universal s'adreça a la població general infantil. Les millors intervencions preventives de tipus primari o universal són aquelles que disposen de¹⁻⁶:

- + Un suport a l'aula, estan integrades al currículum escolar i tenen com a principals continguts la importància de fer una dieta amb una disminució dels greixos i begudes ensucrades i l'increment de les fruites i verdures en l'alimentació;
- + La promoció de l'activitat física saludable, incloent d'1 a 3 hores d'educació física a l'escola i l'estímul per a la pràctica d'una activitat física extraescolar;
- + I el complement del tractament de la imatge corporal, per evitar l'estigmatització potencial dels afectats per aquest problema.

Aquest mòdul escolar, que ha de rebre suport extern de les instàncies educatives i sanitàries de la comunitat, ha de reforçar-se amb la implicació de la família per assegurar l'exposició dels infants a un règim o patró alimentari segons les pautes anteriorment expressades, la reducció del temps diari dedicat a activitats sedentàries amb ús de pantalles (televisió, ordinador, videojocs, etc.). i la pràctica d'exercici físic i esportiu en la franja extraescolar, així com la pràctica d'activitat física en família els caps de setmana. Tot això es recomana en un entorn comunitari que eviti l'exposició a aliments de baixa qualitat nutricional i amb barreres diverses per a la vida diària activa (l'anomenat ambient obesogènic)¹⁻⁶.

La ciutat de Barcelona, per conèixer la dimensió del problema entre els escolars de la ciutat, però també per donar resposta al problema, va posar en marxa l'any 2010 el projecte POIBA. Es tracta d'un projecte que es desplega en un total de 107 escoles de la ciutat i que treballa amb 3.270 infants de tercer i quart de primària (9-10 anys) i les seves famílies. Es va dissenyar un estudi quasiexperimental, pre-post amb grup comparació. El grup intervenció, format per 48 escoles i 1.460 escolars, es va comparar amb un grup comparació (59 escoles i 1.815 escolars) a través de dues enquestes separades per 12 mesos. Les escoles del grup intervenció estaven

ubicades en quatre districtes de la ciutat, amb la meitat de la mostra en escoles de baix nivell socioeconòmic (mesurat segons la renda familiar disponible) i el grup comparació tenia una distribució semblant en una mostra d'escoles de la resta dels 6 districtes de la ciutat.

La intervenció del projecte POIBA



El programa POIBA es va iniciar amb una enquesta sobre els hàbits alimentaris i d'exercici físic que havia de ser resposta per les famílies i els escolars. A més, l'Agència de Salut

Pública de Barcelona va realitzar mesures antropomètriques (pes, mida, plec cutani i circumferència abdominal) als infants i es van fer proves de condició física, amb la participació clau del professorat d'educació física. Aquestes dades es van comparar amb els resultats obtinguts un cop va acabar la intervenció durant el curs 2011-2012. Els missatges clau d'aquesta actuació de salut es van centrar a promoure l'activitat física suficient en els infants (1 hora al dia o un mínim de 6 hores a la setmana), un descans adequat (9-10 h de son al dia), una hidratació saludable, una alimentació equilibrada, i un màxim de 2 hores al dia d'exposició a pantalles. La intervenció s'iniciava amb el programa «Creixem Sans» en un bloc de 9 sessions a les aules, que treballava, sobretot, per aconseguir canvis en la percepció de la importància dels hàbits alimentaris i més hores d'activitat física setmanal en els infants. A més, es va programar un taller participatiu amb les famílies acompanyat d'una proposta anomenada «Pla pel canvi», que oferia recursos per passar a l'acció i actuar per transformar hàbits a casa i millorar la salut dels infants.

Des del POIBA es proposa a les famílies actuar sobre l'activitat física, la dieta dels infants, les hores dedicades a pantalles i les hores de son, tenint en compte que l'exposició a un ambient obesogènic és un dels determinants de salut de la població infantil, segons totes les evidències. Periòdicament, a més, es donava als alumnes informació d'activitats lúdiques i de temps lliure que es feien al seu districte i que podien afavorir l'activitat física en temps de lleure, especialment en cap de setmana. La iniciativa «Creixem Sans» incloïa un manual per als mestres, un quadern de treball per a l'alumne i unes fitxes per a la família. Convé recordar que els continguts d'alimentació saludable i hàbits formen part dels ensenyaments propis de quart de primària i es poden incloure amb naturalitat a les classes. A més, en els tallers amb les famílies es disposa de maletes pedagògiques temàtiques on gairebé jugant es poden assimilar nous coneixements.

També han col·laborat en la implantació d'aquesta iniciativa l'Institut Barcelona Esports, l'Institut Municipal d'Educació, l'empresa Aguas Font Vella y Lanjarón SA, la Fundació Catalana de l'Esplai, l'Agència de Salut Pública de Catalunya i l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Resultats de l'avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte POIBA

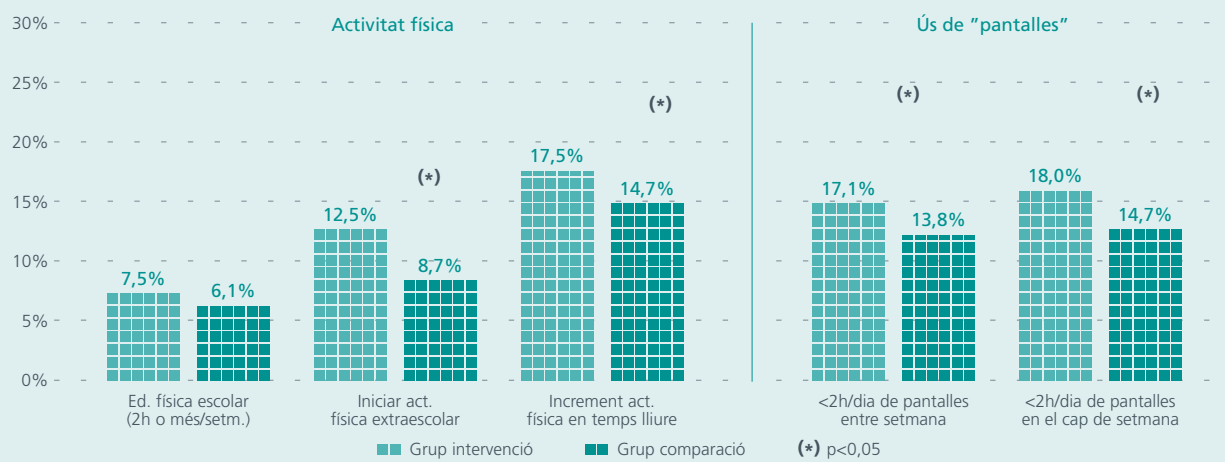
El maig del 2014 es van difondre els resultats del primer any de la intervenció (primera fase del projecte), corresponents a l'anàlisi de la comparació entre el grup sotmès a la intervenció anteriorment descrita durant el curs 2011-2012 i els centres del grup comparació, que no van fer la intervenció. Un 70% d'escolars va realitzar la intervenció de forma correcta, un 40% de forma acceptable (van realitzar un mínim de 50 exercicis o activitats didàctiques) i un 30% de forma qualificada (van realitzar la intervenció d'acord amb les pautes donades al protocol del programa). Hi va haver diferències de gènere en la resposta a la intervenció: els nois van respondre millor a la part centrada en l'activitat física i les noies a les parts d'aula i compartida amb les famílies.

S'han obtingut també dades de comparació dels canvis realitzats en els principals comportaments intermedis, com l'alimentació i l'exercici físic. Els canvis alimentaris consisteixen a passar de no complir la recomanació (respecte a la freqüència amb què s'ha de prendre un aliment determinat) al començament de l'estudi a fer-ho després de la intervenció. Respecte dels aliments saludables,

hi va haver canvis favorables significatius en el consum d'aigua, de càrnics, de fruites i de verdures en el grup d'intervenció respecte del grup de control. En la resta dels grups alimentaris, les tendències també eren favorables al grup d'intervenció, però les diferències no eren significatives. Respecte dels aliments menys saludables i especialment relacionats amb l'obesitat infantil pel seu alt contingut calòric, hi va haver canvis favorables significatius en el consum de dolços i de patates fregides en el grup d'intervenció respecte del grup de control. En el consum de refrescos, de brioxeria i de patates de bossa, s'observen canvis favorables en el grup d'intervenció, encara que no suposen diferències significatives amb el grup de control. També es van analitzar canvis en els hàbits i les condicions lligades a l'alimentació, consistents a passar d'una conducta alimentària no saludable a l'indicada en cada cas. Es van observar canvis favorables i significatius en el grup d'intervenció respecte del grup de control en deixar de sopar davant la televisió i en deixar de menjar sol. Es va observar una tendència favorable al grup d'intervenció, encara que sense arribar a una diferència significativa amb el grup de control en el fet d'esmorzar cada dia i correctament i dinar a l'escola i anar a llocs de menjar ràpid només ocasionalment.

El segon bloc de canvis estudiats correspon als realitzats sobre l'activitat física i els hàbits sedentaris. Els resultats es mostren a la figura 1. Es van observar canvis favorables i significatius en el grup d'intervenció respecte del grup de control entre els escolars que, no fent-la prèviament, comencen a fer activitat física extraescolar, entre els que incrementen els dies que fan activitat física en el temps lliure, entre els que passen a complir la recomanació de no excedir les dues hores de pantalles al dia, tant durant els dies feiners com als cap de setmana.

Figura 1. Canvis realitzats en la pràctica d'activitat física i l'ús de pantalles en els dos grups durant la primera fase del projecte (2011-2012). Barcelona, Projecte POIBA, 2014.



Font: Projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (POIBA).

Avaluació de la primera fase de la intervenció del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (projecte POIBA)

76

Quadre 1. Incidència de l'obesitat infantil (en greix corporal), segons el grau d'implementació de la intervenció i el sexe. Barcelona, Projecte POIBA, 2014.

Segons greix corporal (plec cutani tricípital)	Incidència			Excés de risc ¹	% de casos evitats ²	Signif.
	Nois (%) n	Noies (%) n	Total (%) n			
Grup comparació	83/534 (15,5%)	115/460 (25,0%)	198/994 (19,9%)			
Grup intervenció	54/482 (11,2%)	63/448 (14,1%)	117/930 (12,6%)	7,3	36,7%	0.000
Grup intervenció qualificada ³	9/113 (8,0%)	9/93 (9,7%)	18/206 (8,7%)	11,2	56,3%	0.000

Font: Projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (POIBA).

Notes: ¹Diferència de la incidència de casos d'obesitat infantil entre els dos grups. ²Proporció de casos d'obesitat infantil possiblement evitats. ³Fidelitat al protocol de la intervenció.

Quant als canvis obtinguts en l'evolució del pes i, per tant en la prevalença i incidència de l'obesitat infantil, principal objectiu del projecte, els resultats són diferents, segons si es comparen les incidències d'obesitat infantil d'ambdós grups, obtingudes a partir de l'índex de massa corporal, o a partir dels valors del plec cutani tricípital. Quan es mesura l'excés de pes mitjançant l'índex de massa corporal, s'observa un excés de risc d'obesitat infantil del 0,7% entre els grups, favorable al grup de control, però que no és significativa. Quan es mira l'excés de pes mitjançant el greix corporal (vegeu el quadre 1) mesurat per plec cutani tricípital, hi ha un excés de risc d'obesitat infantil entre els grups de 7,3%, favorable al grup de control i que és estadísticament significativa. Quan es compara entre el grup de control i els escolars que fan la intervenció de forma qualificada, l'excés de risc augmenta a l'11,2%, favorable al grup de control i també estadísticament significativa.

Per tant, es pot apreciar que la intervenció ha mostrat ser efectiva per mesurar la incidència de l'obesitat infantil segons el greix corporal, opció que sembla més vàlida que la mesura a través de l'índex de massa corporal en l'edat infantil, tal com es posa en relleu a la literatura científica⁷⁻⁹. Alhora, com millor és la implementació de la intervenció, també més efectiva resulta, en termes de casos d'obesitat infantil evitats.

¹ Spruijt-Metz D. Etiology, treatment and prevention of obesity in childhood and adolescence: a decade in review. *J Res Adolesc.* 2011; 21(1):129-52.

² Flynn MAT, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa M, Wu M, Ford C et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with «best practice» recommendations. *Obesity Reviews.* 2006; 7(Suppl. 1):7-66.

³ Doak CM, Visscher TLS, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews.* 2006; 7:111-36.

⁴ Kamath CC, Vickers KS, Ehrlich A, McGovern L, Johnson J, Singhal V et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: a systematic review and metaanalyses of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93(12):4606-15.

⁵ Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews.* 2008; 10:110-41.

⁶ Waters E, De Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y et al. Interventions for preventing obesity in children (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011; Issue 12. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub3.

⁷ Nooyens ACJ, Koppes LJ, Visscher TLS et al. Adolescent skinfold thickness is a better predictor of high body fatness in adults than is body mass index: the Amsterdam growth and health longitudinal study. *Am J Clin Nutr.* 2007; 85:1533-9.

⁸ Sardinha LB, Going SB, Teixeira PJ, Lohman TG. Receiver operating characteristic analysis of body mass index, triceps skinfold thickness, and arm girth for obesity screening in children and adolescents. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70:1090-5.

⁹ Lohman TG, Hingle M, Going SB. Body Composition in Children. *Pediatr Exerc Sci.* 2013; 25:573-90.

Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

El vuitè Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona (PADB) ha complert 25 anys. La seva missió principal ha estat prevenir i reduir el consum de drogues psicoactives i les seves repercussions negatives en els àmbits social, individual i familiar de la població barcelonina. Totes les seves edicions han estat aprovades per un ampli consens social i polític, i s'ha anat consolidant el que es coneix com a model Barcelona de resposta al consum de drogues. Aquest model s'ha construït a partir del consens de tots els grups polítics municipals, de l'existència d'un sistema d'informació sòlid, de la combinació de les accions de reducció de la demanda basades en la prevenció i l'atenció de les persones amb consum de drogues, i les accions sobre l'oferta basades en mesures coercitives. Tot això cimentat amb el lideratge professional aportat pels professionals assistencials i de salut pública, i amb la implicació social de totes les parts interessades. L'objectiu d'aquest monogràfic és presentar resumidament el PADB.

Metodologia

El PADB va utilitzar la metodologia participativa pròpia del Health Impact Assessment o Avaluació de l'Impacte en la Salut, que consistia a contactar amb els diferents actors i agents sanitaris, socials, educatius, culturals i cossos de seguretat per tal de cercar el consens polític, social i professional. Els principis d'aquesta metodologia es fonamentaven en un model de governança urbana sobre els diferents determinants de salut (vegeu la figura 1, pàgina 20) per aconseguir el benestar individual i comunitari, emfasitzant l'equitat, la justícia social i els drets humans, amb un enfocament multidisciplinari i fent ús de l'evidència científica quantitativa o, en el seu defecte, de la informació qualitativa, tot partint de l'avaluació del Pla anterior, i basant-se en les línies estratègiques i els objectius dels plans de drogues europeu¹, estatal², autonòmic³ i els plans d'actuació locals⁴.

Un abordatge integral

Les avaluacions científiques han demostrat que les polítiques efectives d'abordatge de les drogodependències han de ser integrals, amb una combinació equilibrada de mesures

preventives, dissuasòries, d'intervenció i d'assistència sanitària, social i d'integració laboral, que incorporin les intervencions innovadores d'eficàcia provada. El retard en l'aplicació de mesures efectives comporta un greu impacte en la salut pública, que afecta tant les persones drogodependents, com el conjunt de la població⁵.

Per això, el nou Pla aprofundeix en els programes de prevenció selectiva i indicada, focalitzant la seva actuació en determinades poblacions i els majors reptes plantejats en aquest Pla es van centrar a:

- + Reduir la problemàtica associada al consum d'alcohol.
- + Oferir serveis i intervencions preventives de qualitat i basades en els determinants que influeixen en el consum de drogues.
- + La recerca de l'eficiència i l'optimització dels recursos.
- + La coordinació, amb lideratge participatiu, de tots els actors coresponsables d'aquest Pla.

Línies estratègiques

El PADB es va estructurar en 5 grans línies estratègiques, 13 objectius generals i 137 línies d'acció que abastaven tot el ventall preventiu i assistencial en què es fonamentava el Pla (vegeu la figura 2, pàgina 20).

Les 5 línies estratègiques es resumeixen en:

1. **Abordatge de ciutat.** Política transversal que dissenya una estratègia comuna pel que fa al consum de drogues al conjunt de la ciutat, tenint en compte la diversitat i les particularitats dels diferents territoris. Les diferents intervencions van encaminades a la reordenació d'espais, al control de l'oferta, al compliment de la normativa vigent i al control de la publicitat.
2. **Perspectiva de salut pública i els seus determinants.** En l'àmbit local i urbà hi ha factors específics que determinen la salut, com el context físic, el context socioeconòmic, els entorns, les circumstàncies personals i els aspectes biològics (vegeu la figura 1, pàgina 20). Les accions van dirigides tant a la prevenció universal del consum de l'alcohol i altres drogues, com a poblacions específiques i grups d'alt risc mitjançant intervencions de prevenció selectiva i/o indicada.
3. **Millor accessibilitat als recursos i major inclusió social.** Es dona suport a les persones que inicien tractament pel consum d'alcohol i altres drogues, s'adequa i es manté la xarxa assistencial en tots els nivells, es garanteix l'accés als recursos amb la major rapidesa possible i s'ofereix un tractament integral. Les accions van orientades a abastar tot el ventall assistencial, des del llinar de la més baixa exigència fins a la reinserció social i laboral.
4. **Més qualitat i major expertesa.** Els elements clau d'aquesta línia s'orientaven a enfortir la investigació i la formació en el camp de les drogodependències, assegurar que el coneixement generat sigui

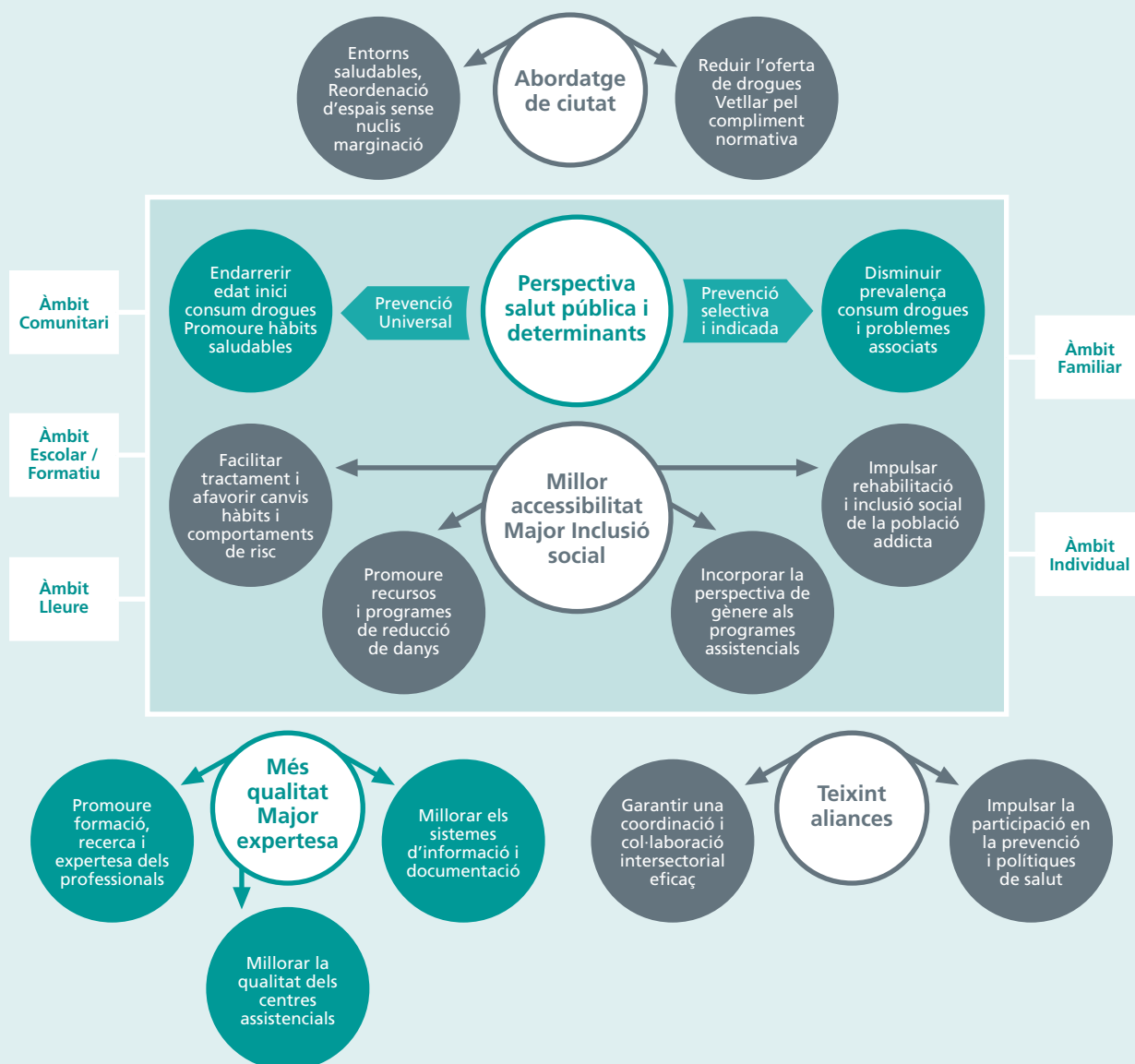
Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016

78

comunicat i aplicat, i vetllar pel benestar dels professionals i les persones ateses. A més, els centres assistencials avancen cap a una gestió de qualitat i excel·lència segons els models de gestió ISO 9001 i EFQM.

5. Teixint aliances. Cal estimular i millorar la col·laboració, coordinació i lideratge participatiu entre els diferents actors que aborden les diferents perspectives del consum de drogues, ja siguin institucions públiques o privades, o entitats no governamentals, alhora que cal afavorir la participació de la comunitat i les associacions d'afectats.

Figura 2. Línies estratègiques i objectius del Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2013-2016.



Font: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona, 2013-2016.

Principals línies d'acció del PADB

Alcohol. S'intensificarà el control de la venda d'alcohol a menors i la venda fora de l'horari establert en el comerç minorista, així com el control de la publicitat de les begudes alcohòliques en els espais exteriors, i es referma l'exclusió del patrocini i la publicitat en les activitats organitzades per l'Ajuntament.

Cànnabis. S'aborda la situació dels clubs de cànnabis i de les entitats de cultiu i consum de cànnem i se'n promou la regulació.

Psicofàrmacs. L'elevat ús de psicofàrmacs i la medicalització excessiva de les emocions fa que s'estableixi un conjunt de mesures per promoure una adequada prescripció de benzodiacepines i millorar-ne el control, fent especial èmfasi en les dones.

Establir un referent en addiccions a l'atenció primària de salut. Es crea aquesta figura per afavorir la detecció i derivació de persones amb trastorns per consum de qualsevol tipus de substàncies, ja siguin psicofàrmacs, alcohol o altres drogues, i alhora millorar la seva atenció.

Perspectiva de gènere. Les diferències biològiques, psicològiques, socials i culturals entre homes i dones fan que sigui bàsic incorporar la perspectiva de gènere tant en els programes preventius com en els programes assistencials i de tractament. Entre les principals mesures per a les dones amb problemàtica de drogodependència s'incorpora el cribratge de violència masclista per assegurar la valoració d'aquest risc a totes les dones que inicien tractament als Centres d'Atenció i Seguiment, i es crea un pis refugi per a dones maltractades.

Persones amb trastorn d'ús de substàncies. Es treballa intensament per a la rehabilitació i inclusió social de persones amb problemes d'alcoholisme i altres drogodependències. Es crearà un centre d'allotjament i atenció per a persones malaltes drogodependents en situació d'exclusió social.

Els Centres d'Atenció i Seguiment. S'hi incorporen instruments que faciliten la plena coordi-

nació, com ara un nou sistema d'informació en xarxa, la disponibilitat de la història clínica compartida i la recepta electrònica, tot plegat en col·laboració plena amb els recursos de salut mental i l'atenció primària.

La reducció de danys. L'objectiu és vincular als recursos sanitaris aquelles persones en situació d'exclusió i amb consum actiu de drogues per reduir els riscos associats a la situació que viuen i orientar-los cap a programes de tractament.

Un model d'atenció a menors. Cal destacar els programes d'oci saludable i l'elaboració d'un programa d'educació emocional per prevenir el consum de drogues i altres estils de vida no saludables, violència, assetjament escolar i altres patologies mentals.

Dins dels diferents recursos i programes disponibles per a adolescents i joves a Barcelona, el Servei d'Orientació sobre Drogues ofereix un model d'intervenció breu a nois i noies consumidors de drogues i les seves famílies i el Centre d'Atenció i Seguiment Horta-Guinardó disposa d'un programa específic d'atenció i tractament a adolescents i joves amb problemes relacionats amb trastorns per ús de substàncies i de suport a les seves famílies.

Cartera de serveis dels centres assistencials

Els centres d'atenció i seguiment integrals contempen una doble vessant assistencial i la seva cartera de serveis es resumeix en:

- + Demanda de tractament: tractaments psicofarmacològics i psicoterapèutics grupals i/o individuals, valoració inicial del pacient i pla de tractament, derivació i seguiment, reforç socioeducatiu i valoració de la qualitat rebuda pel mateix destinatari dels serveis.
- + Reducció de danys: atenció sanitària bàsica, cures, control de malalties infeccioses, tallers d'educació sanitària, ús de sales de consum supervisat, derivació i/o acompanyament a l'atenció sanitària estructural, gestió de la documentació bàsica necessària o tallers socioeducatius, entre d'altres.

¹Estratègia 2013-2015 de l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies.

²Plan de Acción sobre Drogas de España 2013-2016.

³Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015; Pla Director de Salut Mental i Addiccions; Pla d'Actuació en Prevenció sobre Drogues 2012-2016; Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya.

⁴Pla Municipal per a la Infància 2013-2016; Pla d'Adolescència i Joventut 2013-2016; Pla Municipal per a la Igualtat d'Oportunitats Real i Efectiva entre Dones i Homes 2012-2015; Pla Municipal per a la Inclusió Social 2013-2016; Pla de Treball d'Immigració 2012-2015; Pla Estratègic de l'Esport de Barcelona 2012-2022; Programa d'Actuació Municipal 2012-2015.

⁵Babor T, Caulkins J, Edwards G, Fisher B, Foxcroft D, Humpheys K, Strang J. Drug policy and the public good. Oxford: Oxford University Press; 2010.

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

80

La promoció de la salut es el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut i els seus determinants i així millorar la seva salut¹. És un concepte positiu que posa l'èmfasi en els recursos socials i personals. Tanmateix, sovint existeix una confusió sobre el que és i no és la promoció de la salut. Es confon prevenció clínica amb promoció de la salut. S'identifica, erròniament, la promoció de la salut amb l'educació per a la salut i el màrqueting social orientats a modificar els factors de risc relacionats amb les conductes individuals². Es confon també la promoció de la salut amb l'actuació i educació sanitària sobre determinades patologies o grups de població amb malalties específiques. La promoció de la salut és quelcom més, està profundament influïda per variables socials i, per tant, és un producte social³. A diferència de l'aproximació mèdica centrada en la malaltia, la promoció de la salut aplica una estratègia global que s'adreça a la població en conjunt i no només als malalts, al desenvolupament de la salut i les seves causes socials i no només a l'àmbit biològic, que combina metodologies i plantejaments diversos fugint del monopoli corporatiu, i afavoreix la participació i l'autoajuda tot allunyant-se del paternalisme. No es tracta, doncs, d'un servei mèdic, sinó d'una activitat en l'àmbit de la salut pública i de les polítiques socials.

Des de fa dècades, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) desenvolupa intervencions de promoció de la salut. Partint de les més tradicionals, els programes d'educació per a la salut a l'escola, s'han incrementat les intervencions comunitàries i les accions intersectorials amb el temps. Aquestes intervencions responen a necessitats, estan basades en l'evidència, promouen la participació comunitària i disposen d'una avaluació de procés i de resultats. A continuació es descriuen algunes de les intervencions de promoció de la salut impulsades des de l'ASPB segons els grups d'edat als quals s'adrecen.

Promoció de la salut en població infantil

La promoció de la salut en població infantil se centra en el Programa d'habilitats parentals i el projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (POIBA), amb dos subprogrames: «Creixem Sans» i «Creixem Més Sans».

El Programa d'habilitats parentals es posa en marxa per donar resposta a la necessitat expressada per la comunitat d'abordar els conflictes en les relacions entre pares i fills. Es basa en l'evidència de l'impacte del context familiar sobre el desenvolupament físic, psicològic i social dels infants, que perdura al llarg de la seva vida. El programa té com a objectiu millorar les habilitats i competències parentals, les relacions familiars i prevenir problemes emocionals i de conducta dels fills derivats de les pautes de criança, així com reduir l'estrès dels pares i les mares derivat del seu rol parental i augmentar el suport social i comunitari de les famílies⁴. Fins al juny del 2014 havien participat en els tallers de formació 289 pares i mares, 264 fills i filles i s'hi havien format 160 professionals.

En el marc del projecte, POIBA comentat en el monogràfic anterior, s'han dissenyat i estan en fase d'avaluació de l'efectivitat dues intervencions preventives per tal de millorar els hàbits relacionats amb l'alimentació i la nutrició, l'activitat física i el descans dels escolars. Aquestes intervencions incorporen de manera explícita el principi d'equitat. El programa «Creixem Sans» s'adreça als escolars de 9 a 10 anys (quart de primària) i és un conjunt d'activitats dissenyades per ser desenvolupades a l'aula pel professor tutor responsable. «Creixem Més Sans» és un programa adreçat als alumnes d'11 a 12 anys (sisè de primària) mitjançant el qual es reforcen els temes treballats amb el «Creixem Sans» i s'introdueixen alguns conceptes nous adients per a aquesta edat. Els dos programes poden ser complementats per uns tallers pràctics dirigits a les famílies dels escolars. Han participat al projecte POIBA més de 4.000 alumnes de 107 escoles de la nostra ciutat⁵.

Promoció de la salut en adolescents i joves

L'oferta de programes de promoció de la salut en aquesta franja d'edat inclou els programes d'educació per a la salut a l'escola, els d'oci saludable i altres intervencions comunitàries, així com els programes de prevenció del consum de drogues.

Es basen en models de canvis conductuals i en l'evidència de la seva efectivitat a Barcelona. Tots ells han estat actualitzats recentment, tant des del punt de vista del format, per fer-los més atractius, com dels continguts, per adaptar-los a les noves realitats socials. Aborden diversos hàbits relacionats amb la salut —tabaquisme (PASE), alcohol i drogues il·legals («Sobre canyes i petes»), alimentació saludable i activitat física (CANVIS) i salut afectiu-sexual («Parlem-ne; no et tallis»). Estan implantats a les escoles de la ciutat des de fa anys i tots requereixen la participació del professorat i del Consorci d'Educació de Barcelona. No estan inclosos al currículum escolar, de manera que la seva implantació a les escoles és voluntària. Actualment cobreixen aproximadament el 30% dels centres d'educació secundària de la ciutat (vegeu el quadre 1, pàgina 81).

L'estratègia «Fem Salut!» pretén respondre a la necessitat de complementar els programes d'educació per a la salut a l'escola amb

actuacions sobre l'entorn promovent una major participació de la comunitat educativa (alumnat, docents i famílies). Es basa en els criteris d'escoles promotores de la salut i disposa d'un grup de treball permanent amb representació del referent de salut dels centres educatius participants – en coordinació amb l'Institut de Ciències de l'Educació de la Universitat de Barcelona– i una avaluació de procés anual. Està implantat a 22 centres educatius de la ciutat⁶.

Està documentat que els programes de promoció de l'oci saludable tenen un impacte positiu sobre la salut i el desenvolupament social dels adolescents⁷. Des de l'ASPB, en col·laboració amb altres entitats, com l'Institut Barcelona Esports, s'han impulsat diverses actuacions adaptades a les característiques del territori: «De marxa fent esport», «Fem salut a través del circ», «Amics i circ», «Els divendres al pou», «Els divendres alternatius», «La Karpa» o l'«Es-For-Sa'T». La majoria d'aquests programes formen part del programa «Salut als Barris» a Barcelona, una intervenció integral en barris de la ciutat en situació desfavorida. En aquests barris també es desenvolupa el RAM, un programa de salut sexual i contraceptiva adreçat a adolescents. Respon a la necessitat identificada de prevenció de l'embaràs adolescent en els barris de «Salut als Barris». És intersectorial i mostra bons resultats d'avaluació⁸.

L'ASPB promou també programes de prevenció del consum de drogues a través del Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD) que s'adrecen a adolescents i joves que han iniciat el consum de substàncies psicoactives i a les seves famílies. Al SOD s'hi pot accedir per iniciativa pròpia o per derivació d'un recurs sanitari, educatiu o social. Un dels programes que s'ofereix és el programa de mesures alternatives, hi col·laboren els Mossos Esquadra, la Guàrdia Urbana, el Departament de Justícia, el Consorci de Serveis Socials i la Direcció de Serveis de Prevenció de l'Ajuntament de Barcelona. El SOD proporciona una atenció individualitzada segons el model d'intervenció breu motivacional amb cribatge de salut mental i addiccions, cosa que permet la derivació precoç a centres especialitzats corresponents. El 2013 es va atendre 511 joves, un 13,6% dels quals va ser derivat a un Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències especialitzat en adolescents, i un 4,7% a un centre de salut mental infanto-juvenil.

Intervencions adreçades a població gran

En relació amb la gent gran, destaquen tres intervencions: les Escoles de Salut, «Baixem al carrer» i «Activa't als parcs de Barcelona». Totes tenen com a objectiu principal la prevenció de l'aïllament entre les persones grans.

Les Escoles de Salut, en el marc del programa «Salut als Barris», gaudeixen d'una alta participació de la població dels barris en què s'implanten —barris en situació desfavorida— i són iniciatives intersectorials en què intervien professionals de l'àmbit mèdic i també del cos de bombers i de la Guàrdia Urbana, i en què es posen en comú temes d'interès per a la ciutadania. Fa poc ha començat la coordinació entre diverses iniciatives similars a Barcelona. L'ASPB participa a les de Casc Antic, Bon Pastor i Baró de Viver.

Quadre 1. Programes d'educació per a la salut a l'escola promoguts per l'ASPB. Descripció i cobertura durant el curs 2012-2013.

Nom del programa	Descripció	Escoles n (%)	Alumnes
PASE	Prevenció de les Addiccions a Substàncies a l'Escola amb especial referència al consum de tabac [primer d'educació secundària obligatòria]. ¹⁰	63 (28,9%)	4.316
CANVIS	Educació sobre els canvis corporals a la pubertat, alimentació i els seus trastorns i promoció de l'activitat física (segon d'ESO). ¹¹	81 (37,2%)	5.110
«Sobre canyes i petes»	Prevenció de drogodependències, centrada específicament en el consum d'alcohol i cànnabis (tercer d'ESO).	76 (34,9%)	4.334
«Parlem-ne, no et tallis»	Prevenció de l'embaràs adolescent i de les infeccions de transmissió sexual, que inclou el VIH/sida. S'adreça als estudiants de secundària, i es pot fer des de tercer d'ESO fins a segon de batxillerat o de cicles formatius. ¹²	69 (29,8%)	3.588

Font: adaptat d'Artazcoz L, Ariza C, Bartroli M, Calzada N, Cortina C, Daban F, Díez E, Guitart AM, Juárez O, López MJ, Pasarín M, Petit M, Puigpinós R, Ramos P, Sánchez F. Intervencions de promoció de la salut. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2014.

Intervencions de promoció de la salut a Barcelona

82

«Baixem al carrer» té com a objectiu reduir l'aïllament de les persones majors de 60 anys amb dificultats de mobilitat i barreres arquitectòniques a la llar residents en barris desfavorits de Barcelona. Compta amb la participació, a més de l'ASPB, del Programa de Salut de l'Ajuntament de Barcelona, d'equips d'atenció primària de salut i social, equips dels plans comunitaris, persones voluntàries i entitats dels barris. Ofereix sortides setmanals o quinzenals en funció del voluntariat disponible. Una persona tècnica coordina les sortides a cada barri i organitza una xarxa d'acompanyants. Es disposa d'una cadira-eruga motoritzada que remunta escales i de cadires de rodes. A més, es realitzen dues sortides col·lectives anuals. El projecte es vincula als programes de persones grans dels districtes, la qual cosa facilita la participació en activitats i recursos propers. En l'avaluació de l'impacte sobre la salut, realitzada sobre una mostra de 74 participants, la salut percebuda va millorar un 21%, la mental un 24% i el malestar psicològic es va reduir un 16%. El 98% dels participants estaven satisfets amb el projecte⁹. En l'actualitat està implantat a Poble-sec, Casc Antic, Zona Nord, Raval i s'està començant a implantar al Besòs.

«Activa't als parcs de Barcelona» té com a objectius promoure l'activitat física de les persones grans i prevenir l'aïllament. Implantat a 15 parcs de Barcelona, és el resultat d'una col·laboració amb l'Institut Barcelona Esports i amb Parcs i Jardins. Inclou activitats específiques per a la gent gran: exercici aeròbic, de tonificació, equilibri i elasticitat, així com activitats de memòria. En l'actualitat hi ha aproximadament 1.100 persones inscrites. A l'avaluació realitzada el 2012, el 82% dels usuaris referia que se sentia millor o molt millor des que participaven al programa, el 23,4% visitava menys o molt menys el centre d'atenció primària i el 58,7% afirmava fer més o molta més activitat física.

Conclusions

L'ASPB continua impulsant programes de promoció de la salut a l'escola i a la comunitat, mantenint sempre uns elements clau: resposta a necessitats, basats en l'evidència científica, intersectorialitat, participació comunitària i avaluació. Un dels grans reptes de futur és l'adaptació dels programes existents a col·lectius específics, així com el desenvolupament de noves intervencions per respondre a les realitats socials ràpidament canviants.

¹ Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra: Organització Mundial de la Salut; 1986.

² Bunton, R, Macdonald, G, Macdonald G, editor. Health promotion: disciplines and diversity. 2nd. ed. Londres: Routledge; 2003.

³ Colomer, C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la Salud: concepto, estrategias métodos. In: Colomer, C, Álvarez-Dardet C, editor. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Mason; 2001. p. 27–45.

⁴ Rossi C. Parent training Programs: insight for Practitioners. Centers Dis Control Prev. 2009;

⁵ Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2011;CD001871.

⁶ Ramos P, Pasarín MI, Artazcoz L, Díez E, Juárez O, González I. Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. Gac Sanit. SESPA; 2013;27:104–10.

⁷ Priest N, Armstrong R, Doyle J, Waters E. Policy interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behaviour change. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008.

⁸ Barham L, Lewis D, Latimer N. One to one interventions to reduce sexually transmitted infections and under the age of 18 conceptions: a systematic review of the economic evaluations. Sex Transm Infect. 2007;83:441–6.

⁹ Díez, E, Daban, F, Pasarín, M, Artazcoz, L, Fuertes, C, López, MJ, Calzada N. Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. 2014;

¹⁰ Ariza C, Nebot M, Tomás Z, Giménez E, Valmayor S, Tarilonte V, et al. Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. Eur J Public Health. 2008;18:491–7.

¹¹ Wang D, Stewart D. The implementation and effectiveness of school-based nutrition promotion programmes using a health-promoting schools approach: a systematic review. Public Health Nutrition. 2012. p. 1–19.

¹² Ariza C, Pérez A, Sánchez-Martínez F, Diéguez M, Espelt A, Pasarín M, et al. Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. Drug Alcohol Depend. 2013;132:257–64.

¹³ Díez, E, Juárez, O, Nebot, M, Cerdà, N, Villalbí J. Effects on attitudes, knowledge, intention and behaviour of an AIDS prevention program targeting secondary school adolescents. Promot Educ. 2000;7:12–22.

La salut a Barcelona 2013



Si voleu obtenir còpies d'aquest Informe o fer-nos arribar comentaris i suggeriments, us podeu adreçar a:

Patricia Altimira
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona
Tel.: 932 384 545
Fax: 932 173 197
A/e: paltimir@aspb.cat

També us podeu descarregar aquest Informe de la pàgina web de l'ASPB: www.aspb.cat



Podeu trobar dades addicionals de l'Informe de Salut en el document annex *La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2013*, disponible al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.



Si voleu citar dades d'aquest Informe, us demanem que ho feu de la manera següent:
Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2013.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2014.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

